

# ANNALES

DE

## DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

### CINQUIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

**A. FOURNIER**

Professeur honoraire à la Faculté de médecine  
Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis.

**L. BROcq**

Médecin  
de l'hôpital Saint-Louis.

**H. HALLOPEAU**

Médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis,  
Membre de l'Académie de médecine.

**G. THIBIERGE**

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

**W. DUBREUILH**

Professeur à la Faculté de Bordeaux.

**J. DARIER**

Médecin  
de l'hôpital Saint-Louis.

**CH. AUDRY**

Professeur  
à la Faculté de Toulouse.

**L. JACQUET**

Médecin  
de l'hôpital Saint-Antoine.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, BALZER, L. DE BEURMANN, BOISSEAU, BONNET, B. BORD, BRAULT, BRODIER,  
M. CARLE, J. CHAILLOUS, CHARMEIL, A. CIVATTE, DANLOS, L. DEKEYSER, FAGE,  
FAVRE, M. FERRAND, FRÈCHE, GAUCHER, J. HALLÉ, HORAND, HUDELO, JAMBON, JEANSELME,  
L. JULLIEN, E. LENGLET, L. LE PILEUR, LEREDDE, L. LE SOURD, G. MILIAN, MOREL-LAVALLÉE,  
J. NICOLAS, F. PAGNIEZ, PAUTRIER, PELLIER, G. PETGES, L. PERRIN, PAUL RAYMOND,  
ALEX. RENAULT, R. SABOURAUD, R. SPILLMANN.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

**P. RAVAUT**

Médecin des hôpitaux de Paris.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME V

N° 2. — Février 1914.

PARIS

MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

420, BOULEVARD SAINT-GERMAIN (6<sup>e</sup>)

MCMXIV

# Jodol

**Excellent succédané  
de l'iodoforme**

**sans odeur et non toxique.**

*Antiseptique et désodorisant supérieur pour tous les besoins de la Chirurgie,  
de la Gynécologie, de l'Ophtalmologie et de l'Otologie,  
indispensable pour le traitement secret des affections vénériennes  
et syphilitiques, succédané de l'iodure de potassium dans la syphilis.*

**MENTHOL-IODOL** (Jodol cristallisé additionné de 1 o/o de menthol), spécial pour la  
**RHINO-LARYNGOLOGIE et l'ART DENTAIRE.**

**KALLE et C<sup>ie</sup>**, Société par actions, à Biebrich-sur-le-Rhin.

Littérature : **M. REINICKE**, 39, rue Ste-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.

**SIROP  
de GIBERT**  
et  
**DRAGÉES  
de GIBERT**

## Affections Syphilitiques

**VÉRITABLES PRODUITS DU D<sup>r</sup> GIBERT**

préparés par **BOUTIGNY-DUHAMEL**, Pharmacien

*Facilement tolérés par l'estomac et les intestins.*

Exiger les Signatures **D<sup>r</sup> GIBERT & BOUTIGNY**

LABORATOIRE ET VENTE EN GROS : **L. AUGENDRE**, Maisons-Laffitte (Seine-et-Oise)

**SE DEFIER DES IMITATIONS**

## VALÉRIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades.  
DE 1 A 6 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Employées  
dans les Hôpitaux.

**TRAITEMENT de la SYPHILIS**

PAR LES

**INJECTIONS  
INTRA-MUSCULAIRES**

Ampoules Stérilisées de 2 c.c.  
Chaque c. c. = 1 centigr Hg 1<sup>2</sup>.

**AMPOULES  
MIDY**

Formule présentée  
à la  
Société de Thérapeutique

**SOLUTION AQUEUSE A 1 %**

## BI-IODURE DE MERCURE INDOLORE

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS sur DEMANDE — Ph<sup>e</sup> MIDY, 140, Faubourg St-Honoré, PARIS.

**CAPSULES de  
SANTAL SALOLÉ LACROIX**  
**LA PLUS ACTIVE**  
et la mieux assimilable des préparations  
antiseptiques préconisées dans les  
**Affections des Voies Urinaires**

**H. LACROIX & C<sup>ie</sup>**, 31, Rue Philippe-de-Girard, PARIS.

T

T

des.  
ACIES.

RES

que

RE

IS.

N

es

RIS.





## TRAVAUX ORIGINAUX

### A PROPOS DU TRAITEMENT DES TUBERCULOSES CUTANÉES ET DES TUBERCULIDES PAR LE NÉOSALVARSAN

Par MM.

**Arnault Tzanck,**  
Interne des hôpitaux.

et

**E. Pelbois,**  
Externe des hôpitaux,  
licencié ès sciences.

[TRAVAIL DU SERVICE DU DR DARIER (HOPITAL SAINT-LOUIS).]

Si proche que soit le temps de l'apparition du Néosalvarsan (1), ses indications thérapeutiques se sont modifiées et étendues. Son emploi surtout s'est précisé, et aujourd'hui on peut avec une sûreté presque absolue manier ce médicament d'un usage courant.

De nombreuses publications rendent le terme de 914 synonyme d'agent thérapeutique anti-syphilitique. Or, cela est, pour le moins, incomplet. Dès le début, déjà, l'orientation initiale des études d'Erlich et Hata, était d'un ordre plus général. Ils ne cherchaient pas à tuer particulièrement le tréponème, mais bien les protozoaires: le 606 fut d'abord dirigé contre le typhus récurrent. De là, son usage s'est répandu dans un immense domaine pathologique, et le 914 semble justiciable des mêmes applications.

C'est contre les tuberculoses cutanées et ces lésions, à relations intimes avec elles, groupées par notre maître, le Dr Darier, depuis 1896, sous le nom de tuberculides, que nous avons expérimenté l'action du 914.

Nous étions autorisés à ces recherches par des études analogues, peu nombreuses, il est vrai, et aussi par ce fait, qu'avant l'apparition du 914, le 606 avait donné des résultats intéressants dans des cas différents de la syphilis.

D'abord dans les maladies à protozoaires. Puis, dans les maladies, habituellement traitées par l'arsenic, et, où le salvarsan, arsenic organique et peu toxique, était d'un emploi logique. Puis, enfin, dans un groupe varié d'affections, où le traitement semblait appliqué, sans induction préalable.

Dans le premier groupe de maladies, on avait traité la *fièvre récur-*

(1) Dioxydiamido-arsenobenzolmonométhylène sulfoxylate de soude, ou 914 d'Erlich, obtenu en traitant le 606 par le formaldéhydesulfoxylate de soude.

rente avec de bons résultats, et Hata concluait que l'effet du 606 dépassait de beaucoup l'atoxyl, l'arsénophénylglycine, l'acide dichlorophenolarsinique, l'oxyde d'aminophénolarsine.

Nichols, Strong, Noc et Stevenel en signalaient les bons effets dans la framboesia ou pian. Plus récemment Rost, Cottle, Koch, H. Alston, Cockin ajoutaient de nombreuses observations aux précédentes.

Erllich guérissait l'*angine de Vincent* en 4 jours, Rumpel, Gerber, Le Blaye obtenaient des résultats analogues avec des injections intra-veineuses. Achard et Flandin, par des applications locales. Plus récemment, en janvier 1912, Silz écrivait un article très documenté sur le traitement des maladies à spirochètes de la cavité buccale par le salvarsan. M<sup>lle</sup> Lebenthal, dans sa thèse, élargissait les indications du traitement local par le néosalvarsan.

Dans la *balanite érosive*, Milian obtenait un cas de guérison de symbiose fusospirillaire de Berdaille et Bataille.

Dans la *maladie du sommeil*, les résultats sont discutés, et, en somme, peu encourageants.

Dans la *malaria*, Nicolle et Conseil, qui ont, les premiers, attaqué par le 606 les hématozoaires, signalent une action manifeste, rapide, mais incomplète, et sans lendemain. De même, Weener et Iversen.

Dans la *filariose*, Reischmann, P. et J. Pilcher ont publié deux cas. Mais la question reste à l'étude.

Dans la bilharziose, le bouton d'Orient, le Kala-Azar, les auteurs, Conor et Johanidès, Nicolle, Cortesi et Lévy, Christomano, n'apportent pas de conclusions fermes. Ce <sup>su</sup>, et est repris par Fülleborn et Werner. Petersen fait des injections intra-veineuses de salvarsan, à la dose de 0 gr. 40 — 0,60, contre le bouton d'Orient, et les renouvelle au bout de deux semaines.

Dans le second groupe de maladies, on s'est attaqué principalement aux *tumeurs malignes*. Isaac traite le sarcome pigmentaire hémorragique idiopathique, avec récidive. Reiss n'obtient que des résultats passagers. Czerny et A. Coan s'attaquent à des cancers du rectum, de l'estomac, de la langue, de la lèvre inférieure, du plancher de la bouche, à des sarcomes, sans résultats satisfaisants.

Von Bokay, Mayerhofer et Hahn guérissent quelques cas de *chorée*.

Rumpel a de mauvais résultats dans l'anémie pernicieuse. Par contre Mathieu Pierre Weil et Guénot insistent sur les bons effets obtenus au point de vue de la rénovation sanguine chez les syphilitiques.

Gérone et Huggenberg obtiennent deux guérisons de *psoriasis*, Charles Schwabe une aggravation locale, Thiroloix une guérison, Castaigne quatre guérisons. Mais, quel est, dans les cas de psoriasis, le rôle des syphilides psoriasiformes?

Dans le *lichen plan*, les résultats sont souvent surprenants; pourtant à ce propos, il nous semble intéressant de signaler le cas d'une de nos

malades, jeune femme syphilitique, traitée au moment de son chancre, d'une façon intensive par le 914, et, qui au bout de trois mois de traitement, nous montre une série de papules typiques de lichen de Willan, sur le bras et le dos des mains.

Dans le troisième groupe, enfin, les résultats du traitement par le salvarsan sont douteux ou peu encourageants : *typhus exanthématique, variole, vaccine, staphylococcies et streptococcies aiguës, fièvre de Malte, épilepsie, lèpre*, avec résultats très peu favorables.

En somme, en dehors de la syphilis, le salvarsan avait rendu des services, bien que ceux-ci fussent souvent inconstants ou discutés.

On s'était peu attaqué à la tuberculose, et l'article de Castaigne et Gouraud, dans le *Journal médical français* du 15 octobre 1911, sur la valeur thérapeutique du 606 dans les maladies non syphilitiques, ne la signale pas.

Emery, Arthur W. M. Ellis, James Mc Intosh dans leurs revues, parues en Allemagne en 1913 n'en parlent pas.

Mais Bernhardt, dans les *Archives allemandes de dermatologie et de syphiligraphie*, rappelle la méthode de Herxheimer-Altmann, par le salvarsan et la tuberculine. Il injecte de l'arsenobenzol, en injections intra-veineuses, à la dose de 0 gr. 30, renouvelée au bout de dix jours et de quatre semaines. Tous les sept ou huit jours, dans l'intervalle, on injecte des doses assez fortes de tuberculine jusqu'à 4 milligrammes. Et il conclut que cette méthode hâte la guérison du lupus, en amenant la résorption totale ou seulement partielle des nodules.

Le Dr Ravaut envisage, le premier, le traitement des tuberculides par le néosalvarsan ; il présente à la Société française de Dermatologie, le 5 juin 1913, 4 malades :

Un syphilitique atteint de tuberculides papulo-nécrotiques.

Un syphilitique porteur d'érythème induré.

Un malade atteint de tuberculides papulo-nécrotiques et d'angio-lupoïde du nez, sans spécificité.

Un lichen scrofulosorum sans syphilis.

Tous quatre rapidement améliorés par le néosalvarsan.

Puis, il publie six observations dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* :

Un lichen scrofulosorum, à Wassermann négatif, qui reçoit :  
0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,75. Amélioration au début. Rechute après l'injection de 0,60 et pas de nouvelle amélioration.

Un érythème induré de Bazin, qui reçoit :

0,45 — 0,60 et qui guérit. W. —

Un érythème induré de Bazin, qui reçoit :

0,45 — 0,45 — 0,45 et qui guérit plus lentement. W. —

Une sarcoïde à W. +, qui reçoit :

0,45 — 0,60 — 0,60 — 0,75 — 0,75 et qui guérit.

Un angio-lupoïde, à W. +, qui reçoit :

0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 et qui guérit.

Un lupus érythémateux avec tuberculides papulo-nécrotiques à W. +, qui reçoit :

0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,60 — 0,75 — 0,75 et qui guérit.

Donc, des observations du Dr Ravaut, il résulte que, dix fois, en traitant des tuberculides par le néo-salvarsan, il a obtenu soit des guérisons complètes, soit des améliorations notables. Il est vrai que certains de ses malades étaient en plus syphilitiques et avaient un Wassermann positif. Nous remarquons, à ce propos, que le Wassermann de ses tuberculides papulo-nécrotiques a généralement été positif.

Dans nos observations nous nous proposons de montrer des résultats du même ordre, sauf dans quelques points de détail, à propos de la quantité de néo-salvarsan, employée pour le traitement, à propos de la réaction de Wassermann chez les porteurs de tuberculides papulo-nécrotiques.

Nous avons traité vingt et un malades dont les affections peuvent se répartir en :

- 9 lupus.
- 2 ulcères lupiques.
- 1 tuberculose syphiloïde.
- 2 gommes tuberculeuses.
- 3 adénites suppurées.
- 2 lichen scrofulosorum.
- 2 tuberculides papulo-nécrotiques.
- 1 érythème induré de Bazin.
- 2 lupus érythémateux.
- 1 sarcoïde de Bœck.
- 1 sarcoïde de Darier-Roussy.

Nos résultats thérapeutiques ont été variables, quelquefois très bons, souvent moins impressionnants, jamais nuisibles; les observations suivantes en donnent le détail :

#### OBSERVATION I.

M. M..., 47 ans.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, le 15 octobre 1913.

Ce malade entre pour un *lupus vulgaire non exedens, disséminé* : il occupe, sur la face, la joue droite, la paupière supérieure, la face externe du nez, le côté droit du menton. A ce niveau, le lupus est papulo-squameux, papulo-croûteux sur les bords, cicatriciel au centre et squameux. De couleurs fortement violacée. Parsemé de lupomes à la périphérie ;

Sur la joue gauche, respectant le nez, l'oreille, les paupières, les lèvres, il passe en fer à cheval sous le menton pour s'unir au lupus du côté opposé. Les bords sont très irréguliers, en carte de géographie. La peau est tendue, presque complètement cicatricielle. Derrière l'aile du nez, on trouve un

point actif. Un autre, en bas de la joue, près du menton : ce sont des zones érythémato-squameuses, en voie d'extension.

*Au bras droit*, il est situé sur la masse épitrochléenne. A ce niveau, le lupus est serpigneux, à peau centrale érythémateuse, violacée, cicatricielle, assez difficilement plissable, entourée de croûtes confluentes ostréacées, dessinant un tracé polycyclique.

*Au bras gauche*. — Immédiatement au-dessus de l'épitrochlée c'est une plaque de la largeur d'une pièce de 1 franc, recouverte d'une croûte centrale.

*Sur la fesse droite*. — C'est un placard, large comme la paume de la main, de forme serpigneuse, à bords ostréacés.

*Sur le pied gauche*. — A la face dorsale, la lésion lupique est cicatricielle — à la face plantaire, sur le talon antérieur, le lupus est développé en forme serpigneuse.

En outre de ces lésions, dont les gros caractères sont, en plus des lupomes, répandus sur les bords :

Une coloration, violette foncée.

Une bordure, couverte de croûtes ostréacées.

Une peau centrale sans souplesse.

On note encore :

Une cicatrice d'abcès froid au tiers supérieur du sternum.

Une autre au tiers supérieur de l'avant-bras.

L'absence du quatrième doigt droit (spina ventosa).

L'absence du troisième doigt gauche (spina ventosa).

Une cicatrice d'abcès froid à la hanche droite.

De plus, le malade est porteur de ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux, petits, durs, roulant sous le doigt.

Les lésions ont débuté, lorsque notre malade avait 7 ans. La figure fut prise la première. Puis, 2 ans après ce fut le pied, puis le bras, et enfin la fesse, il y a 2 ans 4/2.

*Traitement*. — Avant son arrivée dans le service, le malade est traité par des scarifications et des rayons Finsen qui l'améliorent.

Chez nous, à partir du 15 octobre, et, depuis lors, de 8 jours en 8 jours, il reçoit des injections intra-veineuses de néosalvarsan.

Soit : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90 — 0,90. Parallèlement il n'a aucun autre traitement.

Dès la première injection, les lésions pâlisent. Cette décoloration s'accroît aux injections suivantes, et, après la dernière, bien que l'érythème persiste encore, il est très notablement diminué.

Au cours du traitement, les cicatrices s'assouplissent. Les croûtes ostréacées des bords tombent en partie.

Au menton, on note une diminution manifeste des lupomes.

L'état général est mieux. L'appétit augmente. Les ganglions diminuent de nombre et de volume.

## OBSERVATION II.

M. B..., 22 ans.

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Bichat, le 2 mai 1942.

Pour un *lupus disséminé*.

Ce malade, qui se porte bien habituellement, bien qu'il ait eu vers 42 ans, des ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux, non suppurés, puis une rougeole il y a 6 ans, a vu se développer, depuis cette dernière maladie, des lésions lupiques, qui ont d'abord envahi le nez, les joues, les lèvres. Puis 2 ans après, un placard lupique apparaissait à l'épaule droite. A ce moment la cloison nasale était entamée. Une autre placard apparaissait sur les lombes, puis d'autres sur le mollet droit, sur la face antérieure du thorax. Enfin sur le bras gauche.

Les placards sont fortement rouges, et recouverts de squames et croûtes. Ils ont un centre cicatriciel et ne sont pas exedens. Leurs bords sont très irréguliers.

*Traitement.* — Le malade est traité par la tuberculine.

17 mai : 5 déci-milligrammes.

23 mai : 10 déci-milligrammes.

Ce qui amène une réaction inflammatoire des placards lupiques, sans grosse atteinte de l'état général.

31 mai : 8 déci-milligrammes.

Température 40° : nausées, vomissements.

6 juin : 5 déci-milligrammes.

Diminution de la réaction locale, température 40° : gastralgie.

12 juin : 5 déci-milligrammes.

Température 39°.

18 juin : 5 déci-milligrammes.

Température 38°, 5 : réaction locale à peine sensible.

Après ce traitement à la tuberculine, les lésions sont nettement améliorées. Les croûtes sont tombées. La peau est lisse et rouge. Les téguments sont plus souples et se laissent plisser.

Le malade reste dans le service.

*Le 3 mars 1913.* — Ce *lupus nodulaire plan* est presque partout circonscrit autour de cicatrices lisses, roses, de bon aspect. On passe au traitement local par le galvano-cautère et les rayons X.

Un nouveau traitement général est essayé, le néosalvarsan.

A ce moment, le Wassermann du malade est nettement négatif.

Le 18 juillet et ensuite de 8 jours en 8 jours, il reçoit, en injections intra-veineuses :

0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90 — 0,90 — 0,90 de 914,

qu'il supporte parfaitement. Son appétit augmente, ses forces et son état général deviennent plus satisfaisants. Il demande, lui-même, le traitement.

Les lésions locales s'améliorent, à peu près suivant le même type qu'après le traitement à la tuberculine : assouplissement des téguments, diminution de la rougeur.

### OBSERVATION III.

M. D..., 45 ans et demi.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, le 10 octobre 1912, pour

un lupus agminé de la lèvre supérieure, ayant débuté il y a 44 mois, sous les narines.

C'est aujourd'hui une masse rougeâtre, respectant les commissures, s'étendant également de chaque côté de la lèvre supérieure, et atteignant, en haut, la pointe du nez et la narine droite. La surface est tomenteuse, végétante, uniformément rouge, mais coupée de points jaunâtres. A la palpation, c'est une masse solide, indolore.

Les lésions s'arrêtent à la face interne des lèvres, mais la gencive est rouge et tuméfiée.

*Main gauche.* — Sur la face dorsale, cicatrice atrophique de lupus ancien, datant de 3 ans.

*Région lombaire,* cicatrice atrophique.

On trouve chez ce malade des stigmates d'hérédosyphilis.

Les incisives sont obliques en dedans avec un léger rétrécissement au collet.

La voûte palatine est ogivale.

Léger degré de surdité bilatérale.

On trouve en plus des végétations adénoïdes.

*Mars 1913.* — A cette date, le lupus a envahi la muqueuse buccale. Les gencives sont tuméfiées, couvertes de bourgeons charnus mous et rouges. Les dents sont déchaussées. Sur le voile du palais on retrouve le même bourgeonnement.

Au mois de juillet, on fait le Wassermann du malade, qui est *négatif*.

*Traitement.* — Le malade est traité par les rayons X et les scarifications. Les 2 méthodes font très bien et donnent d'excellents résultats. Mais les scarifications sont tellement douloureuses que le malade s'y soustrait le plus possible. Le lupus au mois de juillet ne semble plus s'étendre, sur la peau.

On met le malade au 914. Le 18 juillet, il reçoit une première injection intra-veineuse de 0 gr. 30 et de 8 jours en 8 jours, 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,75 — 0,90 — 0,90 — 0,90.

Cette première série cicatrise une partie des lésions, fait diminuer le nombre des lupomes, estompe l'érythème et diminue l'œdème. Le malade va remarquablement mieux et en est frappé lui-même. Mais, parallèlement on continuait la radiothérapie.

Le 23 septembre, on refait une deuxième série de 914. Soit : 0,45 — 0,60 — 0,75.

A ce moment, l'état général du malade est excellent. Son appétit augmente. Les lésions locales sont très améliorées.

Sur le nez, on trouve seulement une lésion rougeâtre de la taille d'une pièce de 4 fr. bordée d'une peau cicatricielle tendue, relativement souple, avec, par places, quelques lupomes peu nombreux.

La lèvre supérieure est une vaste cicatrice en fer à cheval, ne contenant presque plus de lupomes; seulement un petit groupe en haut et à droite et à la commissure des lèvres. Le lupus de la muqueuse buccale a diminué d'étendue. Les papules bourgeonnantes s'affaissent et l'œdème de voisinage disparaît presque.

Le malade, qui entendait mal, entend mieux; il reparle mieux.



## OBSERVATION IV.

M. Ch..., 32 ans, infirmier.

Ce malade, infirmier à Saint-Louis, vient se faire soigner dans le service du Dr Darier.

C'est un lupique, porteur d'un *lupus agminé* datant de l'âge de 12 ans, et qui a débuté par le nez.

Le père est vivant, il a 72 ans.

La mère est morte d'un goitre à 57 ans.

Le frère et la sœur, âgés respectivement de 37 et 30 ans, sont bien portants.

Le malade, lui-même, jusqu'à 12 ans, n'a jamais rien eu.

Pour son *lupus*, on l'a traité par le galvanocautère, les scarifications, le chlorure de zinc, le permanganate de potasse en poudre, les rayons X. Les meilleurs résultats ont été obtenus par les rayons Finsen.

Au début de juin, son *lupus* non exedens, s'étend sur le nez, prend la paupière inférieure des 2 côtés, descend sur les joues, épargne la bouche et la muqueuse buccale, pour gagner, sur les bords du menton, l'angle du maxillaire. Le lobe de l'oreille droite est attaqué. Sur le cou, à droite, légères lésions.

Le malade a des ganglions sous-angulo-maxillaires, cervicaux et rétro-auriculaires, petits, durs, roulant sous le doigt.

Son Wassermann est *négatif*.

Vers le milieu de juin, il nous montre une éruption de syphilides secondaires érythémato-sequameuses, que nous traitons immédiatement par le néosalvarsan.

Son Wassermann alors est positif.

Il reçoit la première piqure intra-veineuse le 24 juin, soit 0 gr. 45. Puis de 8 jours en 8 jours, 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90 — 0,90 — 0,90 — 0,90.

Quel ne fut pas notre étonnement, après la première injection, de voir le *lupus* « blanchir », c'est le terme même du malade satisfait.

L'érythème diminue fortement. De nombreux lupomes se cicatrisent, et, le 13 octobre, on n'en trouve plus aucun, sauf, au niveau d'une plaque circulaire, polycyclique, squameuse, située sous le menton, et de 2 ou 3 petites taches de la taille de grains de millet, à la racine du nez.

Le malade se trouve guéri.

Les ganglions lymphatiques ont presque disparu.

## OBSERVATION V.

Mlle C..., 22 ans.

Entrée le 3 juin 1913, dans le service du Dr Darier, salle Bielt, pour un *lupus exedens végétant*.

Étendu à la face et à la voûte palatine.

Face. — Quatre cinquièmes inférieurs du nez, empiétant sur la joue droite, la joue gauche et la moitié gauche de la lèvre supérieure.

Cette large surface érythémateuse présente nettement à la vitropression des lupomes agminés. Par place, bosselures recouvertes de croûtes et impétigo.



Autour de l'orifice nasal, on trouve des bourgeons humides, ulcéreux. La cloison du nez est atteinte. Le tiers inférieur est atteint par ce lupus d'aspect végétant ulcéreux.

*Face intérieure du palais.* — Sur la moitié antérieure, on trouve une nappe mamelonnée, rosée, parsemée de bourgeons charnus mous et rouges.

Ce lupus n'est apparu qu'à l'âge de 17 ans, sur l'aile gauche du nez.

On note, en plus, une adénopathie cervicale et sous-angulo-maxillaire des deux côtés.

Il n'y a pas de lésions pulmonaires.

Le Wassermann est négatif.

*Traitement.* — La malade est traitée par les rayons X et les scarifications, qui donnent d'excellents résultats, raffermissent la masse molle et bourgeonnante des tissus lupiques. On continue ce traitement et parallèlement, on fait des piqûres intra-veineuses de néosalvarsan, de 8 jours en 8 jours, en débutant le 18 juillet par 0 gr. 30. Puis :

0,45 — 0,60 — 0,60 — 0,75 — 0,75 — 0,90.

Ces deux traitements combinés amènent une amélioration notable de la malade. L'érythème persiste nettement, bien qu'il ait diminué. Le nez, jusqu'alors ramolli, durcit. Les lésions ulcérées tendent vers la cicatrisation. Les ganglions diminuent. L'état général s'améliore.

#### OBSERVATION VI.

Mlle G..., 27 ans.

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Bielt, le 21 avril 1913, pour un *lupus agminé squameux excentrique non exedens*.

Le lupus recouvre la moitié inférieure de la joue droite, tout le menton, le pourtour des deux oreilles, surtout à droite.

Sur la joue droite, sur la joue gauche, au-dessous de l'oreille gauche, cicatrices de lésions lupiques guéries.

De plus, on note des cicatrices d'adénites tuberculeuses suppurées, cervicales.

La première adénite date de 6 ans. Les placards lupiques de 2 ans.

Le lupus est couvert de squames peu adhérents, reposant sur une peau cicatricielle tendue. Sur les bords, la lésion, partout érythémateuse, est particulièrement rouge. On y trouve de nombreux lupomes, à la vitropression. Quelques croûtes sur la bordure.

L'état général de la malade est bon.

On ne trouve rien de particulier à l'auscultation.

Wassermann : négatif.

*Traitement.* — La malade est traitée à la tuberculine.

1 centimilligr. — 2 cmgr. — 4 cmgr. — 6 cmgr. — 6 cmgr. — 6 cmgr. — 8 cmgr. — 8 cmgr. — 10 cmgr.

Sans amélioration appréciable et sans grosse réaction générale, ni locale.

Puis on la traite par le néosalvarsan. Elle reçoit de 8 jours en 8 jours :

0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90.

Dès la 2<sup>e</sup> injection, diminution de l'érythème, chute d'une partie des croûtes de bordure. Amélioration notable de l'état général, augmentation de l'appétit.

Les ganglions diminuent.

Malgré tout, le lupus existe toujours, fortement squameux, avec lupomes, dont on n'a pas apprécié la diminution.

On traite alors la malade avec les rayons X et des galvanocautérisations.

3 semaines après la dernière injection de 914, la malade fait une poussée de tuberculides papulo-nécrotiques — ayant débuté par les bras, les jambes et ayant pris ensuite le corps, ne réservant que la tête et le cou — et présentant tous les éléments classiques.

On remet la malade au traitement par le néosalvarsan. Le 9 décembre, elle reçoit 0 gr. 45. Puis 0,60 — 0,75, de 8 jours en 8 jours.

Le 10 décembre son Wassermann est encore négatif. Le contrôle en est fait par M. le Dr Ravaut.

Après la première injection de cette deuxième série de 914, nous trouvons, à la face postérieure du tendon d'Achille, du côté droit, deux ulcérations, à bords violacés, décollés, en pente douce.

Au cours des deux dernières injections, les tuberculides papulo-nécrotiques sèchent, deviennent squameuses, croûteuses. Mais ne disparaissent pas.

28 décembre 1913. — Les tuberculides papulo-nécrotiques diminuent de nombre; celles qui restent sont maintenant uniquement squameuses.

#### OBSERVATION VII.

Mlle M..., 48 ans.

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Bielt, le 5 mars 1913, pour un *lupus agminé non exedens*.

Etendu à la face dorsale de la main droite, entre les doigts 4 et 5, sur une surface de la largeur d'une pièce de 5 francs.

Et à la face dorsale du pied gauche, entre les doigts 1 et 2.

La malade a, en outre, des ganglions sous-maxillaires, petits, sans périadénite.

Traitement. — La malade est traitée par le néosalvarsan. Elle reçoit de 8 jours en 8 jours : 0,30 — 0,45 — 0,60.

Elle quitte le service. Les ganglions ont disparu. Les plaques lupiques ne sont plus érythémateuses. L'état général est meilleur.

#### OBSERVATION VIII.

Mlle C..., 48 ans.

Traitée à la Policlinique du Dr Darier, salle Bielt, pour un *lupus agminé excentrique, non exedens*.

Ce lupus date de l'âge de 13 ans.

Il s'étend sur la joue droite jusqu'à la hauteur du nez et prend le lobe de l'oreille de ce côté pour passer sur le menton, monter sur la joue gauche jusqu'à la paupière inférieure, respectant de ce côté le lobe de l'oreille.

Le cou est atteint en demi-collier antérieur, qui s'arrête sur la poitrine.

Le lupus est apparu après des adénites cervicales suppurées, guéries à Berck.

Traitement. — On l'a traité par des scarifications, du permanganate de potasse, de la neige carbonique, des rayons X. Les scarifications et les rayons X ayant semblé donner les meilleurs résultats.

Le néosalvarsan que nous avons essayé, tous les 8 jours, en injection intra-veineuses, de : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90, n'a donné de résultat qu'après les 2 premières piqûres. A cette date, le lupus était moins rouge ; les lupomes plus effacés. Mais le mieux local n'a pas continué. Et, la malade, naturellement robuste, ne s'est pas aperçue d'amélioration de son état général.

## OBSERVATION IX.

M. P..., 39 ans.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat pour un *lupus agminé* avec *ulcères lupiques*.

Le lupus prend toute la joue gauche, épargne l'œil, le nez, la bouche, enlève le lobe de l'oreille. Les bords sont polycycliques, en carte de géographie, parsemés de lupomes ; le centre est cicatriciel.

Sur la cicatrice centrale, existe une ulcération, de la taille d'une pièce de 2 francs, à bords taillés à pic, hauts de 4 mm. 5, conduisant à un fond rouge, recouvert d'un enduit diptéroïde.

Le lupus a débuté à l'âge de 4 ou 5 ans.

Le Wassermann du malade est positif, sans qu'on puisse trouver de syphilis dans ses antécédents. Mais, le malade se plaint de sa vue. L'examen ophtalmologique révèle :

O. D. — Paralyse de la 3<sup>e</sup> paire.

Choréïdite périphérique, très vraisemblablement d'origine spécifique.

O. G. — Légère myopie. — Pas de lésion du fond de l'œil.

*Traitement.* — Avant de venir dans le service, le malade a été soigné par des pointes de feu, des scarifications, des rayons X, il y a 6 ans. Chez nous, il est traité par les scarifications et les pointes de feu, puis le 914.

Le 17 juillet, il reçoit 0,60. Puis de 8 jours en 8 jours, 0,75 — 0,90 — 0,90 0,90 — 0,90 — 0,90.

Le pus qui coulait sur les pansements se tarit. L'ulcère diminue de profondeur, dès la 3<sup>e</sup> piqûre. Le fond s'aplanit, les bords se cicatrisent sur 2 millimètres de largeur. Le lupus blanchit. Mais les lupomes ne disparaissent pas.

Une deuxième série de piqûres, commencée le 23 septembre 1913, de : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90, n'amène pas de nouvelle amélioration, sinon un accroissement de l'appétit et une augmentation des forces.

## OBSERVATION X.

M. D..., 45 ans et demi.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, pour un *ulcère lupique*. Cet ulcère siège sur la région sous-malléolaire externe et latéro-calcaéenne. Il a débuté il y a 3 ans et tend à s'étendre.

De la taille d'une pièce de 5 francs, de forme triangulaire, on reconnaît, à la lésion, trois zones :

Au centre, une surface surélevée, rosée, recouverte d'une peau cicatricielle, irrégulière, légèrement vitrifiée, avec, par places, surtout en haut et en avant, des croûtes blanchâtres et jaunâtres, assez épaisses, qui cachent une région ulcérée, sur un derme infiltré.

Et cette zone-là s'étend en pente douce vers la deuxième zone, épiderme de formation récente, de teinte rosée tendre et de la largeur de 4 millimètres environ, avec bulles d'impétigo de Tilbury Fox, par places.

Enfin une troisième zone érythémateuse de bordure, de 1 centimètre environ, qui circonscrit le tout par une collerette épidermique, soulevée, prête à partir.

Les poumons du malade sont suspects au sommet ; il a de l'albuminurie. C'est un enfant de constitution très délicate.

Wassermann négatif.

*Traitement.* — Après pansements humides pour combattre l'infection surajoutée, on traite le malade par des scarifications et les rayons X.

On fait diminuer ainsi la zone centrale au profit des zones externes, qui diminuent elles aussi pour être remplacées par de la peau saine. Mais le mieux ne continue pas.

Nous traitons le malade par le 914. A partir du 17 juillet et de 8 jours en 8 jours, nous lui injectons dans les veines du pli du coude : 0,30 — 0,45 — 0,45 — 0,60 — 0,60 — 0,75.

La cicatrisation de la zone interne progresse plus vite qu'avec le traitement local seul. L'érythème s'efface. L'état général s'améliore sensiblement, et, le malade quitte le service, presque guéri, bien qu'il soit resté au centre un point ulcéré de la taille d'une lentille, peu profond.

#### OBSERVATION XI.

M. P....

Entré dans le service du Dr Darier, pour *tuberculose syphiloïde*.

Le malade a un frère et une sœur vivants. Il a perdu 4 frères en bas âge.

La syphilis chez lui est inconnue.

Il est atteint d'une double castration bacillaire.

Son Wassermann est positif.

Il présente en outre, actuellement, au pied droit, une lésion osseuse, fistulisée vers le haut et vers le bas — une tuberculose véruqueuse sur le 4<sup>e</sup> orteil — un ensemble éléphantiasique du pied et des tubercules isolés sur sa face interne.

Sur la cuisse du même côté, sous forme d'un placard de la taille de la main, une cicatrice pigmentée, avec bordure tuberculo-croûteuse irrégulière.

*Traitement.* — Aucun traitement local. 30 piqûres environ de mercure sans résultat appréciable.

Puis le 27 avril 1913, néosalvarsan intra-veineux 0,45 et de 8 jours en 8 jours : 0,60 — 0,75 — 0,90.

Après la 2<sup>e</sup> piqûre, diminution de l'éléphantiasis. Puis, dans la suite, disparition à peu près complète.

De plus les lésions de la cuisse ont blanchi et les croûtes sont tombées, à partir de la 2<sup>e</sup> injection.

#### OBSERVATION XII.

M. B..., 40 ans.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, le 17 juillet 1913, pour une *gomme bacillaire*.

C'est une lésion, occupant le prépuce et le tiers antérieur du fourreau de la verge. Elle a débuté 3 semaines auparavant par une élevation indurée.

On trouve, en outre, sur la peau, du livedo. La gorge est érythémateuse.

Dans le pli inguinal droit, reste une cicatrice de bubon, incisé en 1905, après chancre mou.

Le malade a eu la varicelle en 1878.

*Lésion actuelle.* — Actuellement, la lésion gommeuse consiste en une ulcération de la taille d'une pièce de 0 fr. 20, à bords à pic, finement festonnés, avec fond blanc, diphtéroïde, parsemé de points violacés.

En la soulevant, on aperçoit un pertuis, situé en arrière de son centre, et qui conduit dans un trajet de 23 millimètres, d'où s'écoule un liquide sanieux.

L'ulcération repose sur une base, à induration bien limitée, noueuse, dont la nouure s'étend au delà du tiers inférieur du fourreau.

Sauf au voisinage immédiat de l'ulcère, la peau peut être froncée sur cette nouure, qui est adhérente au corps caverneux.

Il n'y a pas d'œdème de voisinage. Le reste du fourreau est intact. Il n'y a pas de cordon de lymphangite.

Les ganglions inguinaux forment de chaque côté une masse volumineuse, dure, adhérente en profondeur et à la peau. Ils se sont indurés il y a une douzaine de jours. Ils ne sont pas fluctuants. Le volume de la masse rappelle celui d'une petite mandarine.

La lésion est peu douloureuse.

Wassermann négatif.

*Traitement.* — Après avoir essayé les traitements locaux divers, sans résultat, nous mettons le malade au traitement par le 914. Il reçoit, de 8 jours en 8 jours, en injection intra-veineuses, à partir du 22 juillet, 0,45 — 0,45 — 0,60 — 0,60 de néosalvarsan. On n'élève pas davantage les doses car le malade fait de petites réactions fébriles à chaque piqûre.

Dès la première piqûre, l'état de la lésion s'améliore. La fistule se ferme peu à peu. La lésion bourgeonne au fond, et, après la dernière piqûre le mieux s'affirme. L'ulcère se cicatrise et le malade sort guéri, ne conservant qu'une cicatrice molle et des ganglions inguinaux, incomplètement disparus.

#### OBSERVATION XIII.

Mlle I..., 23 ans. — *Gomme tuberculeuse.*

Cette jeune fille a des rhumes fréquents et un sommet gauche suspect.

Au mois d'août 1912, on remarquait une grosseur dermo-épidermique dans le creux sus-claviculaire gauche, en arrière du bord postérieur du sterno-cleido-mastoiïdien. La malade n'y prit pas garde.

En janvier 1913, elle consulte.

On voit, alors, une masse ramollie, de la taille d'un œuf de pigeon. Les ganglions voisins sont empâtés. La peau est tendue et rougie.

Le Dr Arrou conseille l'extirpation des ganglions. La malade refuse l'intervention.

Son Wassermann est négatif.

*Traitement.* — Elle est soignée en mars 1913 et de 8 jours en 8 jours par 4 piqûres de néosalvarsan.

Soit : 0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,60.

On assiste à une amélioration progressive de l'état général et à une amélioration surprenante de l'état local.

La masse se résorbe presque totalement. Après la troisième injection, une ouverture minuscule se fait, qui donne 3 ou 4 gouttes d'un liquide clair et visqueux. Cette fistulette se referme à la quatrième injection.

La malade a engraisé de 2 kilogrammes, après le traitement. Le poids étant resté stationnaire pendant.

La malade a été revue six mois après. Elle est dans un état absolument satisfaisant. La lésion a complètement disparu.

#### OBSERVATION XIV.

M<sup>lle</sup> S..., 46 ans.

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Bielt, pour *adénite tuberculeuse*.

Cette adénite atteint le groupe sous-maxillaire droit, dont les ganglions tuméfiés sont du volume d'un œuf de poule, avec orifice fistuleux à la surface.

De plus, la malade a un psoriasis nummulaire de la face postérieure du bras gauche ; de tout le bras droit, du membre inférieur gauche.

*Traitement.* — La malade est traitée par le néosalvarsan. Elle reçoit de 8 jours en 8 jours, en injections intra-veineuses :

0,30 — 0,45 — 0,50 de 914.

Dès la première injection, amélioration sensible de l'adénite, qui disparaît complètement, après fermeture de la fistule, à la fin du traitement.

Le psoriasis, lui, est resté stationnaire.

#### OBSERVATION XV. Adénite.

M. A... vient consulter dans le service du Dr Darier pour une adénopathie sus-claviculaire gauche datant de 8 mois environ, de la taille d'un œuf de pigeon. La tumeur est ferme au toucher mais on a tout lieu de supposer que le centre se trouve ramolli ; d'ailleurs les plans superficiels adhérent au ganglion et la peau se trouve rougie et amincie au point de contact.

Le malade présente par ailleurs des cicatrices d'adénites suppurées datant de son enfance et guéries.

Par ailleurs on observe des ganglions le long de la chaîne cervicale, dans l'aisselle gauche au nombre de trois ou quatre avec péri-adénite légère.

Le malade est de souche tuberculeuse et présente au sommet droit des signes de lésions probablement cicatrisées.

W. —

*Traitement* au 914 : 0,45 — 0,60 — 0,79 — 0,90.

Le malade engraisse de 2 kilogrammes, le mois qui suit le traitement et l'on a une diminution très rapide du volume de tous les ganglions.

#### OBSERVATION XVI.

M. Z..., 24 ans.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, le 28 mars 1913, pour : *lichen scrofulosorum et adénite suppurée*.

A son entrée, le malade nous montre :

1° Une chaudière, datant de février, avec balano-posthite et double adénopathie inguinale, datant de 8 jours ;

2° Sur la face antérieure du tronc, sous la ligne mamelonnaire, et, à droite, un semis de papules périlaires, de la taille d'un grain de millet, rugueuses au toucher, de couleur rose, brillantes, légèrement squameuses.

Elles sont groupées par place et s'essaient à la périphérie.

On en trouve de plus rares, dans la gouttière dorsale, et, à la partie supérieure des fesses. Les membres sont à peu près indemnes, de même que la face ;

3° Des cicatrices nombreuses d'abcès froids ;

4° Des adénites sous-maxillaire, cervicale, sus-claviculaire, suppurées avec fistules s'ouvrant sur une peau rouge, tendue, cicatricielle autour des orifices.

De ces fistules, coule du pus jaunâtre. Ces adénites suppurées apparaissent à l'âge de 19 ans.

D'ailleurs, le malade tousse souvent. Les sommets sont suspects : submatité sous-claviculaire, inspiration saccadée, expiration prolongée.

La cuti-réaction à la tuberculine est positive.

Le Wassermann négatif.

*Traitement.* — Une intra-dermo-réaction d'une goutte de tuberculine de 1 centimilligramme par centimètre cube fait apparaître une hématurie. On ne recommence pas.

Le malade est traité par le néosalvarsan, et reçoit en injections intra-veineuses et de 8 jours en 8 jours :

0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90 — 0,90.

Après la 2<sup>e</sup> piqûre, les adénites allaient mieux : il y avait moins d'empâtement ; et, à la fin du traitement, plusieurs fistules se fermaient, l'érythème de voisinage diminuait.

Mais le *lichen scrofulosorum* pâlissait à peine.

Le malade quitte le service après ces piqûres. Le 26 novembre 1913, nous le revoyons. Ses fistules sont toutes tarées et cicatrisées. L'empatement ganglionnaire a disparu. Le cou a fortement diminué de volume.

La coloration de la peau est normale. Seules, restent les cicatrices.

Le lichen scrofulosorum a presque totalement disparu.

L'état général est excellent.

Pendant son séjour hors du service, le malade n'a subi aucun autre traitement.

#### OBSERVATION XVII.

Mlle D..., 25 ans.

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Bielt, le 15 juin 1913, pour : *Tuberculides papulo-nécrotiques* et *Lichen scrofulosorum*.

Cette malade présente, depuis 2 mois et demi, sur les membres inférieurs, très variqueux, de petites papules, peu saillantes, rouges, de consistance ferme, disséminées irrégulièrement, de dimension variant de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une lentille.

D'autres sont plus élevées, rouge vineux, profondément indurées,



recouvertes d'une croûte brunâtre, facilement soulevée, qui laisse alors apparaître une dépression à forme de godet, à fond non suintant.

Ces éléments sont groupés en demi-circonférence surtout à la face antérieure du genou et au creux poplité.

On trouve encore des cicatrices nombreuses d'anciennes papules, nulle part déprimées. Il s'agit de *tuberculides papulo-nécrotiques*.

En outre, au pli du coude, on remarque des papules planes, roses ou brunâtres, de surface lisse et brillante, d'où se détache une squame peu adhérente : c'est du lichen scrofulosorum.

Dans le dos, sur les épaules, pustulettes périfolliculaires, acuminées, d'acnée cachecticorum.

Aucune de ces lésions n'est prurigineuse.

De plus, la malade présente une adénite bacillaire sous-maxillaire, fluctuante, à peau rosée, amincie tendue.

Une adénopathie cervicale gauche et une adénopathie axillaire, du même côté.

A l'auscultation, on trouve une inspiration saccadée et une expiration prolongée aux sommets.

La malade a fait une fausse-couche de 2 mois en octobre 1912.

Elle est actuellement enceinte de 4 mois et demi et supporte parfaitement sa grossesse.

Son Wassermann est positif.

*Traitement.* — On la traite, de 8 jours en 8 jours, par des piqûres intra-veineuses de néosalvarsan, à partir du 17 juin 1913.

Soit : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90.

Après la première injection, on ne note aucune amélioration.

Après la deuxième injection, disparition des éléments actifs, cicatrisation.

Après la troisième injection, disparition du lichen scrofulosorum, et les tuberculides papulo-nécrotiques ont fortement diminué.

La malade quitte le service guérie.

#### OBSERVATION XVIII.

M. R..., 37 ans.

Entré dans le service du Dr Darier, salle Bichat, pour un *lupus érythémateux fixe*.

Datant de 2 mois et demi.

Bilatéral, localisé aux joues et à l'angle interne de l'œil et du nez — en placard typique avec kératose ponctuée et atrophie cutanée — entouré d'une large zone érythémateuse.

Le Wassermann du malade est négatif.

*Traitement.* — Le malade est traité par le 914. Il reçoit le 16 décembre 1913 : 0 gr. 45 dès la première piqûre, 5 à 6 jours après, l'érythème a fortement diminué.

8 jours après : 0 gr. 60.

L'érythème diminue toujours ; la peau est moins tendue.

Le malade reste dans le service, où nous continuerons le traitement.

Le 30 décembre 1913. — L'érythème s'efface de plus en plus. La kératose ponctuée est très fortement diminuée.



## OBSERVATION XIX.

*Lupus érythémateux de la face et du cuir chevelu.*

Entrée dans le service du Dr Darier, le 10 décembre 1913, pour un lupus érythémateux de la face occupant la racine du nez et s'étendant latéralement de part et d'autre de la ligne médiane selon des limites très nettes. La lésion est des plus typiques. On note de l'atrophie cornée et de la kératose ponctuée.

Le début remonte à 10 ans environ.

Cette lésion est traitée par la galvano-puncture.

De plus la malade présente un lupus érythémateux du cuir chevelu ayant déterminé une large nappe d'alopecie. Cette lésion en pleine évolution n'est soumise à aucun traitement local.

W. —

Sous l'influence du salvarsan, administré aux doses suivantes : 0,45 — 0,60 — 0,75, on assiste à une amélioration notable des lésions tant pour ce qui est du cuir chevelu que pour la lésion de la face (Diminution de l'érythème, surtout).

## OBSERVATION XX.

M<sup>me</sup> D..., 43 ans.

Examinée à la Policlinique du Dr Darier, le 12 novembre 1913, pour une sarcoïde de Boeck.

Cette malade présente sur la joue droite, à 2 travers de doigt en avant du lobule de l'oreille, une lésion noduleuse et en placard, de la taille d'une pièce de 5 francs.

Cette lésion est constituée par un groupe de trois élevures hémisphériques, dont la plus grosse est du volume d'un gros pois et la plus petite de celui d'une lentille. La saillie antérieure fait partie d'une nodosité dermo épidermique muriforme. La supérieure est également un prolongement cutané de ce nodule. La dernière, inférieure, est indépendante du nodule profond. Elle est plus molle au toucher et de teinte plus violacée.

La coloration violacée s'étend à l'entour, en s'effaçant progressivement.

L'épiderme n'est pas rétracté ; les poils y ont conservé leurs caractères normaux. Il n'y a aucune tendance à l'ulcération.

La palpation n'est pas douloureuse.

On sent des ganglions cervicaux des 2 côtés, ganglions petits, durs, sans péri-adénite. Quelques ganglions axillaires.

Pas de ganglion sus-épitrochléen.

Quelques petits ganglions inguinaux, lenticulaires, roulant sous le doigt.

La lésion de la face a débuté il y a 6 mois. Cette lésion fonce de teinte au moment des règles.

La malade a eu 5 enfants et une fausse couche, il y a 6 ans.

1<sup>er</sup> enfant, mort à 41 mois, il y a 19 ans.

2<sup>e</sup> — vivant, né à 8 mois.

3<sup>e</sup> — mort à 3 semaines de convulsions.

4<sup>e</sup> — mort à 2 mois de troubles intestinaux.

5° — vivant, aujourd'hui âgé de 44 ans.

6° — fausse couche, il y a 6 ans.

La malade a eu des douleurs rhumatoïdes, mal définies, du bras droit, il y a un an.

Ses réflexes sont normaux.

Pas d'Argyll.

Wassermann positif.

*Traitement.* — La malade est traitée par le néosalvarsan. Elle reçoit de 8 jours en 8 jours, et en injections intra-veineuses : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90.

Dès la première injection, la sarcoïde s'affaisse. Puis après les injections suivantes, l'induration profonde disparaît, la rougeur s'efface et la malade guérit complètement.

#### OBSERVATION XXI.

M<sup>me</sup> D....

Entrée dans le service du Dr Darier, salle Bielt, pour une *sarcoïde de Darier-Roussy*.

La malade nous montre des nouures dermiques et hypodermiques, siégeant aux 2 cuisses, en placards, en noyaux, en cordons.

Début, il y a 4 ans.

La malade a été opérée pour une hydronéphrose.

Son Wassermann est négatif.

*Traitement.* — Elle est traitée par le néosalvarsan. Reçoit, de 8 jours en 8 jours, 0,45 — 0,60 — 0,75, sans amélioration marquée. On cesse le traitement.

\*  
\* \*

Après la lecture de ces observations, nous pouvons remarquer :

1° L'état de la réaction de Wassermann chez nos différents malades.

2° Le rôle du traitement par le néosalvarsan.

La réaction de Wassermann a été positive chez des syphilitiques certains ou probables :

Observation IV : où le malade, dont le Wassermann était négatif, tant qu'il n'avait qu'un lupus, réagit positivement, le jour où il contracte la syphilis.

Observation IX : notre malade avait un Wassermann positif et nous ne trouvons pas chez lui de spécificité, quand l'examen ophtalmologique nous révéla une choroidite périphérique, très vraisemblablement d'origine spécifique.

Observation XI : le malade a perdu quatre frères et sœurs en bas âge, ce qui le rend suspect, bien qu'on ne trouve pas autre chose.

Observation XVII : on ne retrouve pas la syphilis, mais la malade a fait une fausse couche, un an avant que nous ne fassions la réaction.

Observation XXI : il s'agit là d'une sarcoïde de Boeck, avec adénite généralisée, sans ganglions sus-épitrochléens, il est vrai, chez une

femme qui a perdu trois enfants en bas âge et qui a fait une fausse couche, et dont le Wassermann est nettement positif.

La réaction de Wassermann n'a pas été faite dans les observations I, VII, VIII.

Elle a été négative dans tous les autres cas, c'est-à-dire chez six lupiques, dont un cas de tuberculides papulo-nécrotiques, dans deux cas de gomme bacillaire, dans un lichen scrofulosorum, dans un érythème induré de Bazin, dans deux lupus érythémateux, dans une sarcoïde de Darier-Roussy.

Ces résultats concordent avec les résultats signalés par V. Dudumi et F. Saratzeano dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. Sur 39 cas de dermatose de nature tuberculeuse, ils signalent 34 cas où le Wassermann fut négatif et 5 cas de réactions positives, où les antécédents syphilitiques étaient niés, mais où les malades guérissaient par le traitement spécifique.

Ils concordent encore à peu près avec les résultats du Dr Ravaut, dans la deuxième série de ses observations. Cependant, dans le cas de tuberculides papulo-nécrotiques, cet auteur considère que le Wassermann est parfois positif (1). Or, nous avons eu, dans notre observation XVI, une tuberculide papulo-nécrotique à Wassermann positif, il est vrai, mais nous la trouvions suspecte de syphilis. Tandis que, dans l'observation VI, le Wassermann a été négatif, dans le service du Dr Darier, et négatif aussi, quand le Dr Ravaut l'a refait lui-même.

Insistons encore sur les lupus érythémateux des observations XVIII et XIX dont les Wassermann étaient négatifs. Rappelons que le Wassermann a été trouvé positif par le Dr Ravaut dans 1 cas, et négatif dans 7 autres cas (2) de lupus érythémateux.

En même temps que nous faisons la réaction de fixation du complément à nos malades, nous faisons la réaction de Noguchi à la luétine, qui s'est partout montrée négative.

\*  
\* \*

La deuxième série de nos remarques porte sur l'action du traitement par le néosalvarsan.

Ce traitement a toujours été sans danger. En suivant la méthode des injections intra-veineuses, comme le fixait notre maître, le Dr Darier, à la Société de Dermatologie du 4 juillet 1912, et, en se servant des injections concentrées, selon la technique du Dr Ravaut, nous n'avons jamais eu d'accident sérieux. Depuis le mois de mars 1913, notre expérience se base sur 2 000 piqûres environ.

(1) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (août-septembre 1913), page 475.

(2) *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie* (décembre 1913), page 553.

Bien loin des doses du début, où Schreiber de Magdebourg, Stühmer, injectaient des quantités énormes et très rapprochées, soit, 0 gr. 9, le premier jour, 1 gr. 2, le 3<sup>e</sup>, 1 gr. 35, le 5<sup>e</sup>, 1 gr. 5, le 7<sup>e</sup>, nous donnons le 914 progressivement, de huit jours en huit jours, par série de : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90.

Nous tâchons d'injecter quatre à cinq fois 0 gr. 90, quand le malade les supporte bien.

Puis, s'il est nécessaire, nous entreprenons une seconde série, de : 0,45 — 0,60 — 0,75 — 0,90.

Nos malades des observations I, II, III, IV, IX, l'ont fort bien supporté.

Chez les femmes, les doses sont plus faibles et nous nous en sommes généralement tenus à des séries, atteignant une fois 0 gr. 90. Mais on peut, sans inconvénient, recommencer une série un mois environ après la première.

En prenant toutes les précautions de technique, nous n'avons constaté que rarement une fièvre à 39°, qui baisse le lendemain, de la céphalée, rare au début, n'apparaissant que chez les malades longuement traités, des vomissements très peu fréquents.

Le traitement, bien mené, est donc sans danger. Il est de plus utile.

Les effets sont excellents sur l'état général. Le Dr Bernay, de Lyon, le signalait dans un article du *Journal de médecine de Paris*, et nous avons pu le vérifier. Au cours de leur traitement, nos malades constataient que leurs forces augmentaient avec leur appétit. N'obtiendrait-on que ce résultat avec semblable méthode, qu'elle ne serait pas à négliger, chez des bacillaires.

De plus les résultats locaux valent qu'on s'y arrête. S'ils n'ont pas été constants, s'il est impossible de considérer le 914 comme agent thérapeutique infaillible des tuberculoses cutanées, on doit remarquer que souvent il est d'un précieux secours.

\*  
\* \*

Dans le lupus, nous avons noté :

*Observation I.* — Diminution de l'érythème, dans de fortes proportions. Assouplissement des cicatrices. Chute de presque toutes les croûtes ostréacées. Diminution du nombre des lupomes.

Le malade n'ayant aucun autre traitement.

*Observation II.* — Assouplissement des lésions. Diminution de la rougeur.

*Observation III.* — Diminution du nombre des lupomes. Effacement de l'érythème. Diminution de l'œdème. Chacun de ces caractères étant très marqués. Affaissement du bourgeonnement des muqueuses.

*Observation IV.* — Disparition de l'érythème. Cicatrisation de nom-

breux lupomes. Assouplissement des cicatrices. Guérison presque complète.

*Observation V.* — Diminution de l'érythème. Les téguments lupiques, ramollis, s'affermissent. Tendance à la cicatrisation.

*Observation VI.* — Diminution de l'érythème. Chute d'une partie des croûtes de bordure.

Apparition de tuberculides papulo-nécrotiques.

*Observation VII.* — Diminution de l'érythème.

*Observation VIII.* — Diminution de l'érythème. Les lupomes sont moins nets. Le mieux ne continue pas après la deuxième piqûre.

*Observation IX.* — L'ulcère lupique ne suppure presque plus. Il tend à la cicatrisation, mais ne se cicatrise pas. Le lupus blanchit. Les lupomes restent stationnaires.

*Observation X.* — L'ulcère lupique tend à la cicatrisation, mais ne se cicatrice pas complètement. Effacement de l'érythème.

D'où on peut conclure que les résultats, variables, sont toujours caractérisés, pourtant, par :

Une diminution notable de l'érythème, qui bleuit la lésion.

Un assouplissement constant des lupus.

Une chute relative des croûtes et squames, trois facteurs qui rendent le lupique plus présentable.

Nos malades étaient parallèlement traités par les rayons X et les scarifications. Mais les résultats n'étaient pas aussi satisfaisants, avant les injections de 914, et, d'ailleurs, le cas de l'observation I, où seul le 914 est en cause, peut servir d'épreuve témoin.

Quant à la question de la disparition totale des lupomes, de la guérison, à proprement parler du lupus, elle nous semble nette : le néosalvarsan ne peut obtenir cette guérison. Mais il y aide certainement.

Et nous avons noté, (observation I, observation III, observation IV) surtout, une diminution manifeste du nombre des lupomes, à partir du moment où furent faites les injections intra-veineuses. L'infirmier C..., de l'observation IV, trouvait qu'il n'avait jamais eu de meilleur traitement ; faisons la part de l'enthousiasme et constatons seulement que nous fûmes nous-mêmes satisfaits.

Mais, chez la malade de l'observation VI, après la première série de piqûres, apparurent des tuberculides papulo-nécrotiques, qui s'effacent maintenant, au cours d'une deuxième série.

Dans un cas de tuberculose syphiloïde, la guérison a été complète.

Dans deux cas de gommès bacillaires la guérison a encore été complète, et cela, relativement rapidement, puisque, dans l'observation XII, il a fallu 4 piqûres, la plus forte étant de 0 gr. 60, et dans l'observation XIII, il a fallu le même nombre de piqûres.

Et nous arrivons là aux cas, où il nous semble que le traitement par le 914 soit vraiment efficace. Il s'agit des adénites bacillaires. Chez

chacun des malades précédents, les ganglions avaient, au cours des injections, diminué de volume et de nombre : c'étaient des ganglions simplement indurés. Mais, chez nos malades, des observations XIV, XV et XVI, où les adénites étaient suppurées, nous avons obtenu des guérisons complètes, qui se manifestaient déjà, à la deuxième injection.

\*  
\* \*

Quant aux tuberculides, elles nous ont donné des résultats discutables. Déjà, nous avons parlé de ces tuberculides papulo-nécrotiques, ayant apparu à la fin d'une série d'injections de 914, chez une malade, qui, d'ailleurs, avait antérieurement, été soigné par la tuberculine. Ces tuberculides s'effacent, à l'heure actuelle, mais lentement après trois nouvelles piqûres de 914 : 0,45 — 0,60 — 0,75.

Un lichen scrofulosorum, observation XVI, n'avait presque pas changé, immédiatement après une série de 914, et nous renonçons à en injecter davantage. Mais, six mois après, nous revoyons le malade, à peu près complètement guéri. Quel a été le rôle du traitement ?

Un autre lichen scrofulosorum disparaît en trois injections de 0,45 — 0,60 — 0,75. Une tuberculide papulo-nécrotique sur le même malade est très fortement et très rapidement améliorée.

Un érythème induré de Bazin est guéri en trois injections.

Deux lupus érythémateux sont forts améliorés (avec diminution franche de l'érythème et de la kératose ponctuée).

Une sarcoïde de Boeck est guérie (1) au bout de deux injections. Par contre, une sarcoïde du type Darier-Roussy n'est pour ainsi dire pas modifiée par le traitement.

Les résultats sont donc assez particuliers à chaque type de tuberculide, sans qu'il soit possible de dire, qu'ils soient en rapport évident avec l'état du Wassermann ; le traitement par le néosalvarsan ne peut donc qu'imparfaitement, éclairer un diagnostic douteux, entre syphilis et tuberculides.

\*  
\* \*

En résumé, les tuberculoses cutanées et tuberculides, bénéficieront largement du traitement par le 914 seul, ou combiné à la tuberculine (méthode de Herxheimer-Altmann), mais ce dernier est insuffisant et demande à être complété par les traitements locaux ou généraux, tels que l'héliothérapie, la finsenthérapie, les rayons X, la radiumthéra-

(1) Il est juste de dire que chez cette malade la réaction de Wassermann était franchement positive, ainsi que la réaction de Noguchi. De plus, la malade a été présentée aux Drs Brocq et Thibierge qui pensèrent à la nature syphilitique possible de la lésion.



pie, les scarifications, les igniponctures, méthodes qui sans être spécifiques ont toutes fait leurs preuves.

Le 914 fait très bien dans le traitement des adénites bacillaires.

D'autre part, la réaction de Wassermann, dont la valeur a été discutée récemment dans quelques cas de tuberculides, nous a semblé constamment négative quand la syphilis était absente, de même d'ailleurs que la réaction de Noguchi, qui a été pratiquée parallèlement chez presque tous nos malades.

### BIBLIOGRAPHIE

TONEFF, Action thérapeutique du 606 en dehors de la syphilis. *Thèse*, Montpellier, 1912 (1).

H. ALSTON, Salvarsan in Yaws. *British Medical Journal*, 6 janvier 1912.

BERNAY, Le néosalvarsan dans la tuberculose et les états anémiques. *Journal de Médecine de Paris*, 1912, p. 975-977.

BERNHARDT, Über die Behandlung des Lupus vulgaris nach Herxheimer Altmann (Salvarsan-Tuberkulinmethode). *Archiv. für Dermatologie*, 1913, vol. 144, p. 401.

COCKIN, Treatment of 22 cases of yaws by salvarsan injections. *Journal of tropical medicine and hygiene*, 16 septembre 1912.

COTTLE, Salvarsan in frambœsia. *United States Naval medicinal Bulletin*, 6 janvier 1912.

DUDUMI et F. SARATZEANO, La réaction de Wassermann en Dermatologie. *Annales de Dermatologie*, 1913, p. 600.

ARTHUR W.-M. ELLIS, Review of American literature, on Salvarsan, appearing october 1911, to october 1912. *Zeitschrift für Chimiotherapie*, etc. Leipzig, 1913.

E. EMERY, Referat sur l'emploi du Salvarsan et du néosalvarsan en France du 1<sup>er</sup> août au 1<sup>er</sup> février 1913. *Zeitschrift für Chimiotherapie*, etc. Leipzig, 1913, Ref II 385-444.

FÜLLEBORN und WERNER, Ueber Salvarsanwirkung bei Bilharziose. *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1912, p. 351.

IVERSEN, *Zeitschrift f. Chimiotherapie*, 1913, p. 415-433.

JAMES Mc INTOSH, Salvarsan therapy in England: 7<sup>th</sup> August. 1911 to 1<sup>st</sup> sept. 1912. *Zeitschr. f. Chimiotherapie*, 1913.

KOCH, Ueber frambösiebeilung durch Salvarsan. *Berliner klinische Wochenschrift*, 30 décembre 1912.

Mlle LEBENTHAL, Essai de traitement local par l'arsenobenzol. *Thèse*, Paris, 1912.

MATHIEU, P. WEIL et LOUIS GUÉNOT, De la rénovation sanguine déterminée chez les syphilitiques par le dioxydiamidoarsenobenzol, etc. *La Presse médicale*, 1914, n° 2, p. 13.

(1) Pour la bibliographie de l'application thérapeutique du 606 en dehors de la syphilis avant l'apparition du 914, se reporter à la bibliographie de cette thèse.

O. PETERSEN: Die Salvarsanbehandlung der Orientbeule (Leishmaniose). *Munchener Mediz. Wochens.*, 1912, p. 2491.

P. RAVAUT, Les effets curatifs des injections de néosalvarsan chez quatre malades atteints de tuberculides diverses. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, 5 juin 1913, p. 308.

P. RAVAUT, Action du néosalvarsan et réaction de Wassermann chez des malades atteints de tuberculides diverses. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1913, p. 470.

P. RAVAUT, Lupus érythémateux avec réaction de Wassermann positive; amélioration par le Salvarsan. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, 4 décembre 1913, p. 531.

ROST, Le Salvarsan dans la framboesia. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 1912, n° 4.

ROST, Die Salvarsanbehandlung der framboesia. *Medizinische Gesellschaft zu Kiel*, 18 juillet 1912.

SCHREIBER (de Magdebourg), Ueber neosalvarsan. *Munchener Med. Wochens* 1912, p. 903.

STÜHMER, Klinische Erfahrungen mit neosalvarsan. *Deutsche Med. Wochens.* 1912, p. 983.

J. ZILZ, Ueber die lokale Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenerkrankungen im Bereiche der Mundhöhle. *Münchener Med. Wochenschrift*, 1912, p. 20.



LE NÉOSALVARSAN  
A LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE BORDEAUX (1913).  
INCIDENTS ET ACCIDENTS

Par

MM. Morin et Joulia  
Internes du service.

Pendant notre année d'Internat dans le Service de M. le P<sup>r</sup> Dubreuilh, nous avons vu traiter la plupart des syphilitiques hospitalisés par les injections intra-veineuses de néosalvarsan.

Depuis le 24 janvier 1913 date à laquelle l'administration a commencé à le fournir aux services hospitaliers, jusqu'au 31 octobre, il a été employé à la clinique dermatologique, 159 grammes de ce produit. Cette quantité se répartit sur une centaine de malades auxquels il a été fait 192 injections. Avant cette date, une vingtaine de malades avaient déjà bénéficié d'échantillons envoyés à la clinique par les fabricants.

Dans presque tous les cas observés, les résultats immédiats nous ont paru excellents. Nous ne pouvons évidemment juger encore les résultats éloignés. Cependant nous avons cru intéressant de noter les rares accidents, les incidents et plus particulièrement les réactions fébriles qui ont suivi les injections.

Celles-ci ont toujours été faites suivant la méthode de Ravaut : solution faite extemporanément et toujours concentrée, puisque même pour les plus fortes doses, nous n'avons jamais dépassé 15 à 18 centimètres cubes d'eau distillée.

Dans ces conditions nous n'avons jamais eu d'accidents locaux (jamais de phlébite en particulier) sauf lorsque, au moment de la piqûre, quelques gouttes du liquide avaient passé dans le tissu cellulaire. Il se produisait alors une douleur assez vive immédiatement et dans la journée un peu de gonflement inflammatoire de la région, le tout cédant très rapidement sous l'influence d'un simple pansement humide.

Les accidents généraux graves ont été très rares. Par contre les petits incidents (poussées thermiques, nausées, céphalées) ont été très fréquents.

Nous nous proposons ici d'étudier d'abord les réactions fébriles. Nous passerons ensuite en revue les divers accidents que nous avons observés. Nous consacrerons enfin un paragraphe spécial à l'action bienfaisante du néosalvarsan sur l'évolution de la grosseesse chez quelques femmes syphilitiques.

*Etude des réactions fébriles.*

Nous avons étudié ces réactions dans 85 cas : 57 hommes et 28 femmes. — 52 de nos malades (41 hommes et 11 femmes) ont présenté de la fièvre au cours du traitement. Cette élévation de température s'est produite en général le jour même de l'injection et dans la majorité des cas après la première injection. Parfois très peu accusée, elle est au contraire dans certains cas très violente, ce qui nous a amené à diviser les réactions thermiques en faibles de 37°,4 à 37°,9, en fortes de 38° à 38°,9, en très fortes de 39° et au-dessus.

Nous nous sommes demandés d'abord la cause de ces réactions, et ayant éliminé les diverses causes autrefois incriminées (eau distillée et altération du médicament en particulier) nous avons cherché d'abord si la dose initiale avait une grande influence sur la violence de la poussée thermique. Dans les limites de notre expérience, ceci ne nous a pas paru évident. En effet, les doses initiales employées ont été le plus souvent de 0 gr. 45 ou de 0 gr. 60.

I. — Dans le 1<sup>er</sup> cas (0 gr. 45).

Sur 24 hommes :	7 n'ont présenté aucune réaction.
	14 ont eu une réaction forte.
	3 — — faible.
Sur 22 femmes :	12 n'ont eu aucune réaction.
	7 ont eu une réaction forte.
	3 — — une réaction faible.

En somme sur 46 cas, nous avons :

21 fois réaction forte.
6 — — faible.
19 — — nulle.

C'est-à-dire que dans 3/5 des cas environ, il y a réaction.

## II. — Avec des doses initiales de 0 gr. 60, d'autre part,

27 hommes ont eu :	16 fois réaction forte.
	3 — — faible.
	8 — — nulle.
6 femmes :	0 fois réaction forte.
	4 — — faible.
	5 — — nulle.

En somme sur 33 cas :	16 réactions fortes.
	4 — — faibles.
	13 — — nulles.

Ici encore la moyenne des réactions est de  $3/5$  approximativement.

Enfin dans 1 cas, nous avons commencé par 0 gr. 30, nous avons eu une réaction forte, et dans 5 cas (hommes) par 0 gr. 75, nous avons eu :

2	réactions fortes.
2	— faibles.
1	— nulles.

Nous ne pouvons donc tirer aucune conclusion de ces chiffres.

Plus féconde en enseignements, nous a semblé la notion de traitement mercuriel antérieur. Nous avons repris notre statistique à ce point de vue et voici les résultats que nous avons obtenus.

1° Malades n'ayant subi aucun traitement spécifique avant la 1<sup>re</sup> injection de néosalvarsan.

Sur 32 hommes :	28 réactions fortes.
	2 — faibles.
	2 — nulles.

Sur 14 femmes :	5 réactions fortes.
	1 — faible.
	8 — nulles.

En somme, 46 syphilis non traitées ont donné dans :

33 cas, réaction forte.
3 cas, — faible.
40 cas, aucune réaction.

2° Malades ayant subi un traitement antérieur quelconque (arsenic ou mercure).

Sur 25 hommes :	9 réactions fortes.
	7 — faibles.
	9 — nulles.

Sur 14 femmes :	2 réactions fortes.
	2 — faibles.
	10 — nulles.

En somme, sur 39 syphilis traitées, nous avons :

11 réactions fortes.
9 — faibles.
19 — nulles.

Il faut cependant noter que sur les 9 hommes qui ont présenté une forte réaction, il s'agissait dans 3 cas de syphilis maligne précoce avec mauvais état général — deux de ces malades avaient contracté leur maladie aux colonies et l'un d'entre eux avait, avant le traitement 37°,5 tous les soirs. — Dans 3 autres cas, le traitement mercuriel an-

térieur avait été à peu près nul (60 grammes de sirop de Gibert dans un cas par exemple). Il nous semblerait donc juste de faire entrer ces 3 derniers cas dans la catégorie des syphilis non traitées.

En tous cas, il nous semble ressortir très nettement de ces chiffres qu'un syphilitique non traité a environ 2 chances et demie ou 3 contre une d'avoir une poussée thermique à sa première injection de néosalvarsan alors que le malade traité a pour lui 2 chances de n'en pas avoir. Et cette notion va nous permettre d'expliquer maintenant d'une manière très claire les réactions différentes que provoque une même dose de néosalvarsan et inversement que des doses faibles puissent produire des réactions violentes alors que des doses beaucoup plus fortes n'en produisent pas. En effet si nous mettons en regard des quantités de 914 employées à la clinique, les poussées thermiques qu'elles ont déterminées, nous voyons :

1° Que dans le cas où on a fait une injection initiale de 0 gr. 30, le malade qui a présenté une forte réaction n'avait subi qu'un traitement très faible (60 grammes de sirop de Gibert).

2° Dans 14 cas de réactions fortes après 0 gr. 45 (dose initiale) chez les hommes :

10 fois il n'y avait eu aucun traitement antérieur.

2 fois un traitement très faible (un de ces malades avait pris 30 grammes de sirop de Gibert pendant 2 jours seulement, l'autre, hérédo-syphilitique, avait été traité uniquement à l'iodure, plus une piqûre de 0 gr. 02 de biiodure).

2 fois le traitement avait été sérieux (ici encore il s'agit de syphilis soit franchement maligne, soit à évolution rapide : éruption psoriasiforme croûteuse).

3° Dans 16 cas de poussées thermiques violentes après injection de 0 gr. 60 de Neosalvarsan.

12 malades n'avaient eu aucun traitement antérieur.

4 seulement un traitement sérieux. (Ici encore nous avons affaire 2 fois à la syphilis maligne, dont un cas de récurrence après salvarsan et une fois à une syphilis tonkinoise datant de 7 ans, s'accompagnant d'un état général précaire, albumine dans les urines, etc., et n'ayant subi aucun traitement depuis 2 ans.)

4° Les 2 cas où nous avons eu des réactions fortes en commençant par des doses de 0 gr. 75, il n'y avait pas eu de traitement antérieur.

Les chiffres que nous avons donnés jusqu'ici ne s'appliquent qu'aux hommes ; chez les femmes, la dose initiale de 0 gr. 45 n'a donné lieu que dans 7 cas à une réaction thermique intense, 5 fois il s'agissait de malades non traitées antérieurement, les 2 autres avaient eu un traitement faible (sirop de Gibert 30 grammes, l'une 8 jours, l'autre 6).

Avec des doses initiales de 0 gr. 60, nous n'avons jamais observé de réactions intenses. Ceci doit tenir à ce que d'abord on n'injecte pas

volontiers de pareilles doses à une femme pour commencer, surtout si elle n'a subi aucun traitement antérieur, et ensuite à ce que d'une manière générale, les femmes nous ont paru réagir moins que les hommes à doses égales. Cependant ce manque de réaction peut n'être qu'apparent et nous croyons que notre statistique changerait un peu de physionomie à cet égard si l'on prenait régulièrement la température des femmes dans la nuit qui suit l'injection ; celle-ci étant faite dans la matinée, vers 10 ou 11 heures, la température prise vers 3 ou 4 heures pour la contre-visite, est encore le plus souvent normale. Mais nous avons maintes fois observé vers 11 heures ou minuit chez les femmes traitées, de l'agitation, de la céphalée, voire même de la température constatée au thermomètre, mais qui n'a malheureusement pas été notée régulièrement.

Il s'agissait donc peut-être chez les femmes de réaction retardée plutôt que d'absence de réaction.

En général, nous avons fait à nos malades trois injections, souvent quatre, surtout lorsqu'on commençait par de faibles doses et que nous avions affaire à des sujets très infectés. Cependant il est très difficile de faire accepter à beaucoup d'entre eux qu'une seule injection de ce « merveilleux 606 » ne les ait pas guéris à tout jamais, lorsqu'ils ont vu les accidents disparaître si rapidement et malgré nos recommandations, ils nous quittent pour ne plus revenir, dès la première piqûre. Ceci pour expliquer la grande majorité des injections n° 1 dans les tableaux ci-contre que nous avons établis pour montrer le moment de la réaction thermique maxima.

HOMMES	R. TRÈS FORTE	R. FORTE	R. FAIBLE	PAS DE RÉACTION
Injection n° 1.	16	17	8	16
Injection n° 2.	3	11	2	25
Injection n° 3.	4	2	4	15
Injection n° 4.	0	1	0	10

Donc sur 20 réactions très fortes (au-dessus de 39°) 16 se sont produites au moment de la 1<sup>re</sup> injection c'est-à-dire dans 4/5 des cas.

Sur 31 réactions fortes, 17 à la première, soit un peu plus de la moitié des cas.

Sur 14 réactions faibles, 8 à la première, soit encore un peu plus de la moitié.

Sur 66 réactions nulles, 16 seulement à la 1<sup>re</sup> injection, soit approximativement le quart seulement des cas.

Si nous lisons le tableau dans le sens horizontal maintenant, nous

voyons que la 1<sup>re</sup> injection a donné lieu à des réactions 41 fois sur 57, que la seconde injection donne encore un taux de 16 réactions sur 41. Enfin la 3<sup>e</sup> et la 4<sup>e</sup> injections ont donné l'une 7 réactions sur 22 cas et l'autre 1 réaction sur 11 cas. On peut en conclure que les chances de poussées thermiques diminuent avec le nombre d'injections.

Voici maintenant le même tableau établi pour les femmes.

FEMMES	R. TRÈS FORTE	R. FORTE	R. FAIBLE	PAS DE RÉACTION
Injection n° 1.	3	4	3	48
Injection n° 2.	0	3	3	43
Injection n° 3.	0	0	0	44
Injection n° 4.	0	0	0	3

Comme nous le disions plus haut, il semble toujours que les femmes réagissent moins. Cependant toutes les réactions très fortes se sont produites à la 1<sup>re</sup> injection et à partir de la 2<sup>e</sup> il n'y a jamais eu aucune réaction.

Quant au moment de la journée où se produit la poussée thermique, nous avons pu l'établir, grâce au zèle de la cheftaine de notre salle des hommes qui a pris chez 32 malades la température de 2 heures en 2 heures à partir du moment de l'injection. Celle-ci était faite à la visite du matin, c'est-à-dire à peu près vers 10 heures. La température ne commence guère à s'élever dans tous ces cas avant 3 heures de l'après-midi; et vers minuit tout est fini.

En examinant les courbes de température, nous avons distingué 3 types : un premier, le plus fréquent de beaucoup (28 sur 41 graphiques), présente une forme en clocher simple, dont le sommet est à 5 heures le plus souvent. A côté de ce type, il en existe deux autres qui se rencontrent moins souvent, l'un (7 sur 41) est formé de deux maxima entre lesquels la température tombe parfois au-dessous de 37°, l'autre par une courbe en plateau, aux angles arrondis où la température s'élève et s'abaisse progressivement.

D'ailleurs ces différentes allures de la courbe thermique ne nous ont paru en rapports constants avec aucune circonstance clinique (traitement antérieur — nombre d'injections — malignité de la syphilis). Et nous ne croyons pas pouvoir en faire état jusqu'ici pour le pronostic, ni pour les indications du traitement.

D'ordinaire, le lendemain de l'injection il n'y a plus de température. Mais dans une dizaine de cas, nous avons pu relever des réactions prolongées, retardées ou récidivées. Nous allons étudier rapidement ces

anomalies. Nous disons qu'il y a réaction prolongée lorsque après une réaction thermique le jour même de l'injection, la fièvre persiste encore pendant un ou deux jours. Nous en avons observé 4 cas, et deux de ces malades ont présenté des accidents assez graves. Les réactions retardées sont celles qui apparaissent seulement le lendemain d'une injection qui n'a été suivie d'aucune poussée thermique immédiate. Sur 5 ou 6 cas elles se sont produites 3 fois au moment d'une 3<sup>e</sup> ou d'une 4<sup>e</sup> injection de 914, et 2 fois ont accompagné encore des accidents assez graves. — Les malades qui ont une réaction récidivée refont le lendemain de l'injection une poussée thermique ordinairement plus faible, mais analogue à celle de la veille. Nous en avons observé 2 cas — une fois il s'agissait d'une syphilis maligne précoce. Bien qu'en général ces formes anormales semblent apparaître tout à fait au hasard et sans aucune règle constante, nous croyons devoir leur attribuer une certaine valeur pronostique surtout lorsqu'elles se reproduisent plusieurs fois chez le même malade, elles nous semblent manifester un certain degré d'intolérance naturelle vis-à-vis du médicament et commander la prudence dans le maniement des doses.

ACCIDENTS. — Nous n'avons observé que de rares accidents, éphémères le plus souvent, en particulier jamais de décès. Nous les grouperons suivant les différents appareils qu'ils ont affectés et par ordre de fréquence. Nous avons à signaler d'abord des troubles digestifs: 3 de nos malades (2 hommes et une femme) ont présenté, sans qu'on puisse accuser d'autres circonstances que l'injection de 914, des vomissements répétés, de la diarrhée, et des coliques pendant 2 ou 3 jours. Aucun d'entre eux n'avait subi de traitement mercuriel antérieur et on ne peut invoquer la malignité particulière de la syphilis.

Du côté du système nerveux, nous avons observé 3 fois des accidents sérieux, mais dans un cas au moins le malade est aussi coupable que le médicament. Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui était porteur de lésions secondaires buccales et n'avait jamais subi de traitement spécifique. On lui fit une injection de 0 gr. 45 de néosalvarsan le 29 mai. Pas de réaction thermique le soir, mais le 30 ayant voulu malgré nos recommandations reprendre son travail dès 6 heures du matin, il eut une heure environ après son lever une courte syncope sans gravité d'ailleurs, 3 autres injections de 0 gr. 60 lui furent faites dans le mois qui suivit et ne déterminèrent plus aucun accident, sauf une poussée thermique (du type anormal) à la dernière.

Notre 2<sup>e</sup> malade était un Espagnol d'une trentaine d'années, entré pour des lésions secundo-tertiaires du gland, n'ayant jamais eu, à ce qu'il nous dit, de crises épileptiques ou hystériques, et ne présentant pas de stigmates d'éthylisme. Pas de traitement antérieur.

Une première injection de 0 gr. 60 pratiquée le 5 août donne une



réaction de 38°6 dans la soirée et amène une amélioration rapide des lésions, sans autre incident que quelques nausées sans importance. Le 19 août 2<sup>e</sup> injection de 0 gr. 60. Cette fois réaction violente: 38°8, forte céphalée. Le malade se sent très fatigué, abattu et présente encore de la fièvre tous les soirs pendant 3 à 4 jours.

Le 22, vers 4 heures de l'après-midi, brusquement, sans prodromes, sans cri initial, il est pris de convulsions à type surtout tonique. La crise dure 4 à 5 minutes et se termine par quelques secousses cloniques. Pas de morsure de la langue. Pas de relâchement des sphincters. Le malade reste un peu obnubilé toute la soirée et ne semble pas avoir le souvenir de ce qui lui est arrivé. Mais deux jours après, complètement rétabli il réclame avec insistance son exeat.

Les accidents les plus graves se sont produits chez une femme de 46 ans, scléreuse, entrée salle D pour des lésions ulcéreuses de la face et une glossite datant de 7 à 8 ans. Pas de traitement antérieur. Le 25 avril, injection de néosalvarsan de 0 gr. 60 bien supportée. Pas de réaction thermique.

Le 27, la garde-malade s'aperçoit que la femme L. ne se sert que très difficilement de son bras droit. La gêne augmente dans la journée du 28 et l'impotence s'étend même au membre inférieur. Le 29 au matin, la malade est aphasique avec hémiplegie droite. Le déficit prédomine cependant au membre supérieur. Un traitement mixte, iodo-mercuriel, est institué et les lésions semblent rétrocéder un peu. Le 25 juillet à sa sortie de l'hôpital, les lésions de la face sont nettement améliorées. La malade a recouvré, quoique incomplètement, l'usage de sa jambe droite. Elle parle encore difficilement, mais se fait parfaitement comprendre maintenant. Seul le membre supérieur droit reste encore à peu près impotent et semble évoluer vers la contracture.

La malade, revue fin décembre, paraît aller mieux. L'hémiplegie a regressé en partie, sans contracture; mais il existe des troubles intentionnels de la parole et du mouvement qui sont très marqués. Aussi M. le P<sup>r</sup> agrégé Verger, qui l'a examinée, croit à du ramollissement de la zone rolandique gauche par sclérose des vaisseaux ou par artérite syphilitique. Par conséquent, pour lui, le néosalvarsan ne serait nullement cause de l'accident survenu chez notre malade.

Enfin dans un cas de syphilis maligne traité de diverses manières depuis 3 ans, ayant en particulier récidivé après une injection de Salvarsan, nous avons vu se produire une esquisse d'hémi-parésie droite après 4 injections de néosalvarsan (2 de 0 gr. 60, 1 de 0 gr. 75 et 1 de 0 gr. 90). Le malade entré avec des lésions ulcéreuses et phagédéniques du gland avait en outre des arthropathies multiples et de la fièvre à 37°5 tous les soirs. Dans l'intervalle des injections, piqures de bi-iodure. Sous l'influence du traitement et dès la 2<sup>e</sup> injection, la fièvre disparaît, les arthralgies aussi; et le malade est transeaté le 14 oc-



tobre dans le service de M. le Pr Pitres, présentant un peu de diminution des forces du côté droit avec un commencement d'atrophie musculaire des deux membres de ce côté. Revu à la consultation le 15 novembre, il se sent tout à fait bien. Ses forces sont complètement revenues et il n'existe plus de différences sensibles entre le volume des masses musculaires des deux côtés. Chauffeur à bord d'un paquebot, il reprend son pénible travail et s'est embarqué pour le Brésil.

Chez une femme de 22 ans, couverte d'une éruption croûteuse, d'une roséole très abondante, s'étendant sur tout le corps et envahissant même le visage, nous avons pratiqué avant tout traitement antérieur une injection de 0 gr. 45 de néosalvarsan le 22 mai. Le 23, forte réaction thermique et iritis suraiguë à l'œil gauche. Le lendemain l'œil malade allait mieux, mais l'œil droit se prenait à son tour. Des injections intra-musculaires de bi-iodure à raison de 0 gr. 02 tous les deux jours, et un traitement local banal (collyre à l'atropine) ne réussirent à calmer ces accidents à bascule qu'au bout de 4 à 5 jours. Trois autres injections (une de 0 gr. 60 et deux de 0 gr. 75 de néosalvarsan) sont pratiquées dans le courant du mois qui suit, n'amènent aucune réaction fébrile et la malade quitte l'hôpital le 20 juin ne souffrant plus du tout des yeux, les lésions cutanées en voie de disparition.

Signalons enfin quelques troubles de l'appareil génital chez la femme. Une de nos malades atteinte de métrite-annexite subaiguë a fait une poussée violente du côté de son petit bassin et de son péritoine avec fièvre à 39°, 85 ou 6 jours après une injection de 0 gr. 45 de néosalvarsan précédée d'un traitement antérieur très faible (sirop de Gibert, 8 jours). — Une autre, enceinte de 8 mois et bacillaire, a eu quelques coliques utérines et une poussée congestive du côté de ses lésions pulmonaires se traduisant par une ou deux hémoptysies sans gravité, une semaine environ après une injection de 0 gr. 45 de néosalvarsan. Cette malade, très indocile, avait été traitée au 914 déjà au début de sa grossesse, avait été exécutée par mesure disciplinaire et avait dû évidemment se traiter très peu ou très mal, car nous l'avions réadmise avec une floraison superbe de condylomes vulvaires. Accidents pulmonaires et utérins se calmèrent d'ailleurs très rapidement, puisque cette femme accoucha normalement le 13 juin d'un enfant très bien portant et que nous avons pu revoir en état de santé très satisfaisant en août, les lésions pulmonaires étant stationnaires (2° degré).

En résumé, nous n'avons à déplorer qu'un résultat vraiment malheureux et encore faut-il incriminer certainement pour une bonne part l'âge de la malade et l'état de ses artères. Dans tous les autres cas, les troubles n'ont été que passagers, mais nous insistons à dessein sur ce fait que tous se sont produits chez des malades n'ayant subi aucun traitement spécifique antérieur.

Avant de terminer la liste des principaux accidents que nous avons

observés, signalons un résultat malheureux éloigné qui a suivi de bien près le traitement par le 914. Il s'agit d'un jeune homme atteint d'un chancre survenu fin juin et présentant à son entrée à l'hôpital une roséole nette. Pas de traitement antérieur. Durant le mois d'août, il lui est fait 3 injections de néosalvarsan bien supportées, sans incident. Depuis, malgré nos conseils, le malade n'a suivi aucun traitement mercuriel, et, en octobre, il est pris d'accidents oculaires graves consistant en iritis et neurorétinite survenus à l'œil gauche.

Pour finir, disons un mot de 5 femmes enceintes qui ont été traitées à la clinique dermatologique. 2 d'entre elles n'ont pu être retrouvées. Les 3 autres ont accouché normalement en temps normal, d'enfants sains.

Il s'agissait une fois d'une grossesse de 2 mois au début du traitement. Accouchée le 13 juin à la Maternité d'un enfant de 4 kilogrammes, ne présentant aucun stigmate cutané ou viscéral de syphilis. Placenta, poids 580 grammes. La mère et l'enfant revus en août se portent bien. L'enfant se développe normalement.

Une autre femme enceinte de 5 mois, présentant des condylomes vulvaires depuis 2 ou 3 mois, et traitée par 4 injections de néosalvarsan (0 gr. 45, 0 gr. 60 et 2 fois 0 gr. 75) avec des injections de bi-iodure dans l'intervalle pendant 1 mois, puis du sirop de Gibert pendant sa grossesse, a accouché à la clinique obstétricale le 4 octobre d'un enfant sain pesant 2 kgr. 900, le placenta pesait 420 grammes. La mère revue en novembre se porte bien; l'enfant se développe normalement.

Enfin une grossesse de 8 mois accompagnée de roséole, traitée par une injection de 0 gr. 45 de néosalvarsan et une dizaine de bi-iodure, s'est terminée le 28 janvier par un accouchement normal à la Maternité. Enfant 2 kgr. 350, placenta 400 grammes. Nous n'avons pu revoir l'enfant qui se développait normalement durant les premiers jours de sa vie et ne présentait aucune trace apparente de syphilis.

De cette longue énumération des faits, nous voudrions maintenant tirer quelques conclusions pratiques.

Tout d'abord nous ferons ressortir l'innocuité relative et le peu de toxicité du néosalvarsan dont la méthode de Ravaut rend actuellement l'administration si facile.

Les réactions fébriles, ordinairement peu intenses chez des malades récemment et sérieusement traités au mercure ne nous arrêteront guère, sauf lorsqu'elles affectent un type anormal, retardé ou prolongé, auquel cas, il faut craindre une intolérance individuelle au médicament et se méfier plus particulièrement des accidents nerveux.

Ces accidents, comme d'ailleurs tous ceux que nous avons observés, semblent plus fréquents et plus graves chez les malades qui n'ont pas

subi de traitement mercuriel antérieur. Le mercure semble atténuer beaucoup la réaction d'Herxheimer, plus encore que l'emploi de doses initiales faibles de néosalvarsan.

Le mercure fait admirablement le lit du 606 et pour éviter tout inconvénient dans l'administration de ce remède vraiment remarquable quand ce ne serait que par la rapidité de ses effets, le meilleur moyen nous semble encore de soumettre toujours les malades à un traitement mercuriel sérieux avant la première dose de néosalvarsan.

## RECUEIL DE FAITS

---

### SUR UNE DENT D'HUTCHINSON UNILATÉRALE

Par Ch. Audry.

La dent d'Hutchinson, la vraie (celle qui comporte l'implantation oblique, divergente par le haut, convergente par le bas, et l'encoche du bord libre), cette dent d'Hutchinson ne peut plus être rapportée qu'à une localisation des spirochètes pâles dans le bourgeon inter-maxillaire (4).

Habituellement, l'invasion des spirochètes s'effectue de telle sorte que l'une et l'autre incisive sont atteintes. Mais il n'est pas impossible qu'un seul os incisif, et une seule incisive soient lésés.

En fait, les faits de ce dernier genre sont peu connus. En voici cependant un exemple.

X... est une fille de 14 ans ; elle est sourde (labyrinthite précoce) et muette totalement ; elle a été soignée pour une kératite interstitielle double, guérie d'ailleurs par le traitement spécifique. Elle présente des lésions cutanées ulcéro-gommeuses disséminées typiques ; elle offre en outre tous les accidents d'une néphrite hémorragique chronique, et une R. W. positive.

Tous ces accidents ont guéri par l'arsénobenzol, sauf bien entendu la surdi-mutité.

Mais c'est sur sa dentition que je désire attirer l'attention. En général, cette dentition est bonne et normale. Seule l'incisive supérieure gauche médiane présente une disposition anormale.

Sa forme est régulière, et sa largeur normale ; la couleur un peu grise est celle des autres dents.

Le bord libre est un peu inégal, mais n'a pas l'encoche vraie, caractéristique.

Mais : par rapport à l'incisive médiane supérieure droite, l'incisive supérieure gauche médiane est plus courte d'un bon tiers. L'extrémité inférieure de son bord interne arrive à peu près au contact de la médiane de l'autre côté ; mais en haut, ce même bord s'en écarte notablement.

Elle est donc implantée très obliquement de dehors en dedans.

En outre, elle est moins longue que sa congénère, car son angle inféro-externe qui s'écarte notablement en dedans de l'incisive latérale ne des-

(1) On sait que M. Pasini a coloré des spirochètes dans l'invagination dentaire.

ceci pas plus bas que le niveau de l'union du quart inférieur de celle-ci avec ses trois quarts supérieurs.

Enfin, si, en haut et en dedans, en émergeant de la gencive elle s'écarte sensiblement de l'autre incisive médiane, en haut et en dehors elle se colle étroitement contre le collet de l'incisive latérale.

On rapprochera cet état de l'écartement interincisif que M. Gaucher a signalé chez quelques hérédo-syphilitiques ; mais il s'en distingue et ne peut être considéré que comme une dent d'Hutchinson unilatérale privée d'encoche du bord libre.

Toutefois, on est amené à en envisager un peu différemment la pathogénie. En effet, si la déformation de la dent même permet d'admettre une lésion du germe dentaire, il faut supposer une altération des os incisifs pour expliquer la déviation.

On est ainsi conduit à l'hypothèse que dans notre cas, l'os incisif gauche seul a été atteint par les spirochètes, à l'exclusion du germe même de la dent correspondante.

## REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

---

### *I. — Étude bactériologique et expérimentale.*

Quelques formes rares de kératite syphilitique chez le lapin, par DANILA et STROE. *Société de Biologie*, 1913, p. 4241.

En inoculant du virus syphilitique à des lapins les auteurs ont pu réaliser certaines formes particulières de kératite, panus crassus total, kératite ponctuée, phlycténulaire. E. VAUCHER.

Un parasite intracellulaire se transformant en spirochète, trouvé par la méthode de coloration *in vitro* dans l'agar (jelly method), dans les lésions syphilitiques et le sang circulant durant la période secondaire (An intracellular parasite developing into spirochaetes; found by the jelly method of *in vitro* staining in syphilitic lesions and in the circulating blood during the secondary stages of the disease), par E. HALFORD ROSS. *British Medical Journal*, 14 décembre 1912, p. 1651.

*Travail important* : En employant la méthode de coloration, *in vitro*, dans la gelée d'agar de H.-C. Ross, on trouve dans les leucocytes mononucléaires du sang de cobaye, des corps déjà signalés par Kurloff qui les considéra comme des parasites, appelés corps de Kurloff ou *Lymphocitoozon cobayæ*; ils évoluent vers la forme de spirochaetes qui nagent librement dans le sang : d'où l'hypothèse que ces spirochaetes sont des microgamètes ou éléments mâles.

Ils produisent chez le cobaye une maladie caractérisée par de l'anémie avec production de nodules ou de tumeurs hépatiques et spléniques, composées d'amas de mononucléaires contenant des corps de Kurloff. Cette maladie, très fréquente chez les cobayes en Angleterre, est transmissible de cobaye à cobaye par le coït et transmissible aussi de la mère au fœtus.

Cropper a trouvé ces mêmes parasites dans les vésicules séminales du ver de terre et par la méthode de Ross on a pu observer l'évolution des corps de Kurloff vers la forme de spirochaetes libres dans le sang.

De même chez l'homme et chez l'homme syphilitique seul, E.-H. Ross a trouvé dans les mononucléaires du chancre et d'ulcérations syphilitiques les corps de Kurloff, et a pu surprendre leur transformation en spirochaetes libres dans le sang de la période secondaire.

Les parasites trouvés chez le cobaye, les vers de terre et l'homme syphilitique sont analogues. On peut en inférer que les spirochaetes sont des microgamètes ou éléments mâles, les corps de Kurloff des macrogamètes ou éléments femelles : la preuve ne serait donnée que si on constatait leur conjugaison, mais on en trouve une preuve dans l'existence durant les périodes avancées de la syphilis secondaire de cellules particulières, grandes comme des globules rouges ou plus, jusqu'au volume d'un gros éosino-

phile, sphériques, rappelant les mastzellen mais s'en différenciant, et existant exclusivement chez les syphilitiques. Mc Donach a d'ailleurs surpris la fécondation de ces macrogamètes par le *Treponema*.

Il y a beaucoup à dire sur l'histoire du parasite de la syphilis et Schaudinn pourrait bien n'avoir trouvé qu'un des stades de son évolution, le stade de microgamète ou spirochète; déjà en 1879, Klebs, puis Losdorfer et Döhle ont décrit des inclusions cellulaires spéciales chez les syphilitiques. En 1905, Siegel décrivit son *Cytoryctes* lues qui présente une évolution vers des corps flagellés spirochètiformes extracellulaires. Schaudinn critiqua cette découverte et quelques mois après découvrit le spirochète pallida.

D'après ces faits, R. fait les hypothèses suivantes très intéressantes : la maladie du cobaye serait à la syphilis ce que le cow-pox est à la variole.

G. PETGES.

**Présence du *treponema pallidum* dans un cas de méningite syphilitique associée à la paralysie générale et dans la paralysie générale**, par MARINESCO et MINEA. *Société de Biologie*, 1913, p. 709 et 975. *Revue neurologique*, 15 mai 1913, n° 9, p. 581 (avec 2 figures) et n° 10, p. 661.

Dans un cas de méningite syphilitique associée à la paralysie générale, l'autopsie a montré des lésions diffuses de méningite plus marquées au niveau des scissures et caractérisées par une forte accumulation de lymphocytes et de cellules plasmatiques autour des vaisseaux. Cà et là on rencontre des gommies miliaires avec cellules géantes. Les tréponèmes se retrouvent isolés, ou disposés en groupes au voisinage des vaisseaux altérés. Malgré les altérations manifestes de la substance corticale, les auteurs n'ont pas réussi à déceler le tréponème à ce niveau. Sur 26 cas de paralysie générale les auteurs n'ont trouvé le tréponème que dans un seul cerveau. Les spirochètes en grand nombre offrent une topographie analogue à celle décrite par Noguchi, ils sont localisés principalement au niveau de la troisième couche de l'écorce.

E. VAUCHER.

**Présence du *treponema pallidum* dans le cerveau des paralytiques généraux**. *Société de Biologie*, 1913, p. 794.

**Présence constante du tréponème dans le cerveau des paralytiques généraux morts en ictus**. *Société de Biologie*, 1913, p. 1009, par A. MARIE, LEVADITI et BANKOWSKI.

Mémoire détaillé (*Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1913 (Analysé par Levaditi dans *Bulletin de l'Institut Pasteur*).

1<sup>o</sup> Sur 24 cerveaux de paralytiques généraux les auteurs ont trouvé des tréponèmes dans deux cas au niveau de l'écorce cérébrale. Chez un de ces malades, la paralysie générale avait débuté depuis sept ans ; le tréponème persiste donc très longtemps au niveau du cerveau des sujets atteints de paralysie générale. Les spirochètes existent dans le cerveau des paralytiques généraux beaucoup plus fréquemment que ne le montrent les recherches récentes ; mais la méthode employée pour les déceler est encore imparfaite. Les auteurs ont constaté dans un cas de paralysie générale le tréponème décelable par la méthode de Durin et celle de Fontana.

2<sup>o</sup> Dans cette seconde note les auteurs montrent qu'en utilisant une



méthode appropriée, et en examinant chaque circonvolution cérébrale on trouve le tréponème dans tous les cas, six cas positifs sur six examinés (examen ultramicroscopique, méthodes de Durin, de Fontana-Tribondeau et de Loeffler). Le nombre des parasites était très grand dans trois cas, aussi grands que sur certains frottis de chancre; dans trois autres cas ils durent être recherchés avec soin. Ces foyers nombreux contenant des spirochètes sont autant de syphilomes du cortex laissant après eux une sclérose équivalente à l'induration postchancreuse. L'ictus apoplectiforme semble être dû à ces poussées parasitaires au niveau de l'écorce cérébrale.

E. VAUCHER.

**Un cas de gommès syphilitiques chez un nouveau-né. Répartition des tréponèmes**, par C. SAUVAGE et L. GERY. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1913, n° 6, p. 489.

La constatation de gommès volumineuses dans les organes du nouveau-né hérédosyphilitique est exceptionnelle. L'on rencontre assez fréquemment des gommès miliaires, mais ce n'est guère qu'au bout de plusieurs mois, la fin de la première année et surtout dans la syphilis héréditaire tardive que l'on peut voir les lésions gommeuses ayant atteint de notables proportions. La plupart des auteurs signalent l'absence ou la rareté des tréponèmes dans les gommès volumineuses. Seuls Gastou et Girault ont toujours trouvé des spirochètes en grande abondance dans les foyers gommeux.

Chez un enfant hérédosyphilitique mort cinq jours après sa naissance, les auteurs ont trouvé plusieurs gommès volumineuses, quelques-unes atteignant le volume d'une noisette, siégeant dans le parenchyme hépatique et dans les lobes supérieurs des deux poumons. Ils ont fait une étude très complète de la structure histologique de ces gommès et du tissu pulmonaire et hépatique avoisinant.

Ils ont recherché par la méthode de l'imprégnation à l'argent les tréponèmes dans le foie, les deux poumons, les surrénales, les reins, le placenta et dans deux bulles de pemphigus. Ils n'en ont trouvé que dans le foie et dans le poumon droit. Encore la répartition des parasites restait-elle soumise à une règle étroite; dans le poumon, ils en ont trouvé en grande abondance dans la gomme du sommet droit; partout ailleurs les tréponèmes étaient introuvables. S. et G. n'ont pu déceler aucun tréponème dans la gomme du lobe gauche du foie, ni dans les portions du parenchyme sclérosé; au contraire, ils étaient très abondants dans la gomme du lobe droit.

E. VAUCHER.

## II. — Étude clinique.

### Chancre.

**Chancre syphilitique de la caroncule lacrymale** (Initiales klerose an der Caruncula lacrimalis), par F. JAMPOLSKY. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1913, n° 47, p. 669.

Observation recueillie sur une femme de 40 ans. Guérison rapide par le Salvarsan.

J. en connaît six autres observations publiées. Le syndrome est constant: œdème des paupières, chemosis bulbaire, tuméfaction, infiltration et ulcé-

ration superficielle de la caroncule; peu de sécrétion; point de douleurs, ni de photophobie; vue normale.

Autrefois, la guérison en était longue. Dans ce cas, le Salvarsan a agi très promptement.

Ch. AUDRY.

**Chancro intra-urétral** (Endourethral chancre), par E.-H. MARSH. *New-York medical journal*, 7 septembre 1912, p. 481.

Deux cas semblables observés en quelques jours :

1. Homme de 38 ans, présente depuis six semaines, après trente et un jours d'incubation, un écoulement considéré tout d'abord comme blennorrhagique : il n'existe pas de brûlures durant la miction; l'urine sort en jet fin, ou par gouttes. L'examen montre un écoulement séreux, sans gonocoque, avec un méat rouge, induré jusqu'à un centimètre dans le canal de l'urètre. Un deuxième chancre existe dans le sillon balano-préputial. On constate de la polyadénopathie, de la roséole et des plaques muqueuses buccales. Guérison locale rapide par le mercure.

2. Homme de 30 ans atteint d'un écoulement purulent urétral, avec présence de diplocoques décolorés par le Gram. Malgré un traitement antigonococcique les douleurs, l'écoulement, la rougeur persistent. Après deux semaines le méat est induré, et bientôt l'induration s'étend presque dans le canal urétral. Guérison locale rapide par le mercure. G. PETGES.

### Foie.

**Syndrome de Banti d'origine syphilitique** (Síndrome de Banti de origen sífilítico), par URRUTIA. *Revista clínica de Madrid*, t. IX, n° 9, 4<sup>er</sup> mai 1913, p. 329.

Il s'agit d'une cirrhose du foie probablement atrophique avec une rate démesurément hypertrophiée, anémie, leucopénie et lymphocytose chez un homme modérément buveur, ayant longtemps séjourné aux Philippines, syphilitique depuis 25 ans. Deux injections de 0,35 de Salvarsan le remettent en état. Il paraît actuellement rationnel de considérer tout syndrome de Banti comme syphilitique avant de le livrer au chirurgien, même en l'absence d'antécédents spécifiques ou de Wassermann négatif.

J. MÉNEAU.

### Généralités.

**Localisation régionale de lésions syphilitiques tertiaires, gommescutanées à aspect d'ulcères variqueux** (Localización regional de lesiones sífilíticas terciarias, gomas cutáneas con aspecto de úlceras varicosas), par BARAIL. *Actas dermo-sifiliográficas*, IV<sup>e</sup> année, avril-mai 1913, n° 4, p. 225.

Les lésions prises pour des ulcères variqueux à fond sale et anfractueux étaient en réalité des gommescutanées syphilitiques, chez une femme de 44 ans avec adénopathies généralisées typiques et Wassermann positif. Le traitement spécifique amena la guérison et le Wassermann redevint négatif.

J. MÉNEAU.

**Syphilis d'évolution atypique**, par H. GOUGEROT. *Paris médical*, 21 juin 1913.

Le 2 juillet 1914, un malade a un chancre qui est traité par deux injec-

tions de 606; il n'a pas de phénomènes secondaires, mais sept mois après, il présente des accidents tertiaires; le 606 paraît avoir avancé la période tertiaire. De cette observation, l'auteur tire des déductions pratiques sur la nécessité de revoir au moins deux fois par an les syphilitiques anciens paraissant guéris, et de pratiquer chez eux la réaction de Wassermann pour entreprendre un traitement si elle est positive.

E. VAUCHER.

**Réflexions sur les progrès récents en syphiligraphie** (Remarks on recent progress in connexion with syphilis), par D'ARCY POWER. *British Medical Journal*, 7 décembre 1912, p. 1603.

Bonne revue générale des grandes lignes de la syphiligraphie tant au point de vue clinique que thérapeutique : confirme les idées généralement admises en France.

G. PETGES.

**La syphiligraphie en 1913**, par G. MILIAN. *Paris médical*, 4<sup>er</sup> mars 1913, n° 13, p. 301.

Revue annuelle où M. expose les recherches faites en l'année 1912 dans tous les domaines de la syphiligraphie.

E. VAUCHER.

### **Hérédo-syphilis.**

**Syphilis de seconde génération (cas cliniques)** [Sifilis de segunda generacion (casos clinicos)], par S. DE AJA. *Actas dermo-sifiligráficas*, IV<sup>e</sup> année, février-mars 1912, n° 3, p. 182.

Un ménage, actuellement décédé, eut 14 enfants; 11 moururent avant terme ou en bas âge. Des 3 survivants, l'un, hérédo-syphilitique, se maria. Il eut à son tour 8 enfants, dont 7 moururent en bas âge. L'unique survivant a 6 mois. Le malade est un type complet de dégénéré avec stigmates évidents d'hérédo-syphilis. Wassermann positif. Au résumé, 14 morts sur 22 enfants hérédo-syphilitiques de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> générations.

J. MÉNEAU.

**Observations cliniques sur le pronostic de la syphilis congénitale** (Klinische Beobachtungen über die Prognose der kongenitalen Syphilis), par K. MARCUS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 116, p. 97.

#### **Conclusions :**

Ni l'ancienneté de la syphilis maternelle, ni les symptômes apparents de cette dernière n'ont une influence nette sur l'état de l'enfant.

Le traitement spécifique pendant la grossesse exerce une influence extraordinairement utile.

Cependant, il faut poursuivre le traitement afin de prévenir les récides et de maintenir la séroration négative. En procédant de la sorte, on obtient des résultats excellents. D'après les résultats obtenus à l'asile pour hérédosyphilitiques de Stockholm (Lillaheuret), on n'a vu qu'une seule récide sur 26 des enfants ayant quitté l'asile (la durée d'observation la plus longue étant de 13 ans) et 3 récides sur 69 enfants de l'asile.

Il est d'ailleurs certain que le traitement intra-utérin exerce, au point de vue clinique et sérologique, une influence des plus précieuses sur l'évolution ultérieure de la syphilis congénitale.

Ch. AUNY.

**Fécondité anormale des parents syphilitiques, associée avec des malformations des enfants** (Unusual fertility in syphilitic parents, asso-

ciated with anomalous involvement of the Children), par H.-F. WATSON. *British Medical Journal*, 26 avril 1913, p. 877.

Observation familiale intéressante par les points suivants : un ménage russe a six enfants nés en vingt-deux mois, de novembre 1910 à septembre 1912, par un habile jeu de grossesses jumellées ; les deux parents nient la syphilis qu'une recherche attentive permet de mettre en évidence ; parents et enfants ont une réaction de Wassermann positive. Les enfants sont atteints de malformations de gravité variée depuis les doigts en sur-nombre jusqu'à la paralysie et l'idiotie.

Les manifestations syphilitiques s'accusent à chaque nouvelle grossesse. Absence d'avortement. G. PETGES.

**Cardiopathies mitrales familiales par syphilis héréditaire**, par MILIAN et SAUPHAR. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 février 1913, n° 4, p. 253.

Dans une famille de 4 enfants, 3 étaient atteints de cardiopathies : une âgée de dix-huit ans était atteinte d'un rétrécissement mitral pur ; les deux aînés de seize et douze ans présentaient une insuffisance mitrale. Aucun antécédent morbide n'expliquait ces cardiopathies.

Le Wassermann fut positif chez deux d'entre elles et réactivé par le traitement biioduré chez la troisième.

La mère de ces enfants était une hérédosyphilitique, et, en outre, leur père était lui-même syphilitique. L'hérédosyphilis peut donc déterminer des cardiopathies mitrales se développant d'une manière progressive pour ne devenir apparentes qu'à la puberté. E. VAUCHER.

**Le Salvarsan dans le traitement de la syphilis infantile** (El Salvarsan en el tratamiento de la sífilis de los niños), par A. SÁINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas*, IV<sup>e</sup> année, avril-mai 1912, p. 237.

L'A. a traité 48 hérédosyphilitiques ; il a pratiqué 58 injections dont 3 seulement ont produit des nodules douloureux. Les solutions à 1/500 et 1/400 ont été également inoffensives, mais les dernières se sont montrées plus irritantes et plus douloureuses. La tolérance a été parfaite, mais chez le nourrisson, il n'est pas utile d'injecter plus de 0,06 (24 centimètres cubes de la solution à 1/400). L'A. n'a eu que 2 morts et encore pour des causes indépendantes de la syphilis (athrepsie, bronchopneumonie intercurrente). Il recommande de préférence les injections multiples ; 0,04 injectés en 4 jours ont une action plus curative que 0,04 injectés en une seule fois. Les doses réfractées employées seules ou associées au mercure sont la méthode de choix pour le traitement de la syphilis infantile. Les injections uniques des doses élevées sont dangereuses, tant par la quantité du médicament que par la difficulté de ne les faire qu'intra-musculaires et des complications consécutives (douleur, infiltration, suppuration). Le traitement indirect de la nourrice est moins efficace ; si on le pratique, il faut toujours lui associer le mercure. J. MÉNEAU.

### **Leucoplasie.**

**Leucoplasie commissurale coexistant avec un chancre syphilitique. Réinfection syphilitique possible**, par L. LANDOUZY et Marcel PINARD. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1912, n° 38, p. 909.

Le malade âgé de trente ans entra à l'hôpital pour un chancre induré du prépuce ; il présentait en même temps une plaque de leucoplasie commissurale. Or cet homme a eu il y a huit ans une ulcération du gland suivie de céphalée nocturne, de lassitude générale. Il est donc vraisemblable qu'il s'agissait d'une lésion syphilitique et que le chancre actuel doit être considéré comme le résultat d'une réinfection. Dans ce cas la leucoplasie de ce malade serait liée à sa première contamination syphilitique. E. VAUCHER.

**Un cas de leucoplasie commissurale sans préexistence de syphilis**, par L. QUEVRAT et H. BOUTTIER. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1942, n° 38, p. 906.

Un homme de cinquante-deux ans a eu tout récemment un chancre syphilitique de la lèvre inférieure actuellement cicatrisé.

On constate chez lui un petit triangle de leucoplasie au niveau de chaque commissure labiale. Cette leucoplasie ne doit pas être imputée à la syphilis car on ne trouve dans le passé du malade aucun accident vénérien en dehors de son chancre récent. Il faut donc admettre que dans certains cas exceptionnels la leucoplasie n'est pas due à la syphilis. E. VAUCHER.

### **Médiastin.**

**Syphilome intrathoracique (probablement broncho-pulmonaire) confondu avec un cancer du médiastin. Retour à la santé depuis deux ans. Examen radiologique avant et après le traitement (hectineet Salvarsan)**, par BENSUADE et ÉMERY. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 janvier 1943, n° 3, p. 437.

Le malade fut pris il y a deux ans d'accidents de compression des organes du médiastin. Plusieurs médecins crurent à l'existence d'un cancer pulmonaire, mais la découverte d'une gomme du nasopharynx montra la véritable nature des lésions. Celle-ci s'affirma, du reste, à la suite d'un traitement par le 606 qui fit rapidement disparaître tous les accidents. L'examen radioscopique montrait avant le traitement, au niveau du tiers inférieur du poumon droit, une ombre triangulaire à base dirigée vers le médiastin. Sous l'influence du traitement on vit peu à peu cette ombre disparaître et les images pulmonaires redevenir normales. E. VAUCHER.

### **Os.**

**Un cas d'hyperostoses syphilitiques héréditaires des os longs**, par MM. LÉVY-BING et DUROUX. *Annales des maladies vénériennes*, février 1943, n° 2, p. 446.

Une jeune fille de 49 ans entre à Saint-Lazare pour une métrite gonococcique. En outre elle présente des lésions osseuses disséminées et l'examen radiographique révèle des lésions d'ostéite de l'avant-bras droit, de l'avant-bras gauche, des jambes droite et gauche. Ce sont des lésions de syphilis héréditaire tardive ; le Wassermann est positif. La mère a eu deux fausses couches ; un frère présente des lésions osseuses analogues. La malade est traitée par des injections de calomel puis par un traitement mixte mercuriel et ioduré ; un mois plus tard il y a une grande amélioration locale et générale. Le traitement a agi sur les lésions osseuses jeunes, mais n'a eu aucune action sur les hyperostoses anciennes constituées depuis longtemps. E. VAUCHER.

**Cas remarquable de syphilis osseuse** (Caso notable de sífilis ósea), par J.-S. COVISA. *Actas dermo-sifiliográficas*, V<sup>e</sup> année, octobre-novembre 1912, n<sup>o</sup> 4, p. 22.

Un soldat, âgé de 46 ans, eut la syphilis à 27 ans. Elle provoqua à cette époque des douleurs méningo-myélitiques, de l'iritis, puis par la suite des lésions du squelette du nez avec destruction de la cloison et déformation typique. Il y a 18 mois, survinrent des douleurs ostéocopes nocturnes dans le tibia gauche avec grande tuméfaction de cet os. Six mois après, le tibia commença à s'incurver en avant, la marche ne devint possible qu'avec l'aide d'une canne. La radiographie montre que le processus gommeux ostéomyélitique et ostéopériostique a produit une véritable ostéomalacie du tibia avec incurvation exagérée de la jambe.

J. MÉNEAU.

**Ostéo-arthrite du coude d'origine syphilitique, insuffisance mitrale** (Osteo-artritis del codo de origen sífilítico; insuficiencia mitral), par COVISA. *Actas dermo-sifiliográficas*, février-mars 1912, IV<sup>e</sup> année, n<sup>o</sup> 3, p. 172.

Il s'agit d'un homme de 53 ans ayant eu il y a 6 ans une crise particulièrement sévère de rhumatisme aigu. Syphilis, il y a 4 ans; chancre préputial suivi de roséole, céphalalgie et arthralgies. Traitement insuffisant. Il y a 4 an, les douleurs se localisèrent au coude droit qui est gonflé, surtout à la partie inférieure de l'humérus; douleur à la pression. Mouvements limités, membre en demi-flexion. En raison d'une insuffisance mitrale, vestige du rhumatisme dont a souffert le malade, on ne lui injecte que 0,25 de Salvarsan. Tous les 4 jours, on répète la dose qui est bien tolérée, soit en tout 1 gr. 25 de Salvarsan, auquel on adjoint trois injections de 0,08 d'huile grise à 50 pour 100. La lésion du coude est guérie, sauf un peu de douleur à la pression dans la région épitrochléaire et une légère limitation du mouvement d'extension. Ce cas montre l'efficacité et la tolérance parfaite des lésions valvulaires pour le Salvarsan employé à petites doses. Ce n'est pas l'endocarde, mais le myocarde dont les altérations constituent une sérieuse contre-indication du Salvarsan.

J. MÉNEAU.

### **Parotide.**

**Syphilome de la parotide**, par M. LETULLE et VUILLET. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 19 juin 1913, n<sup>o</sup> 21, p. 1449.

Un homme de 40 ans présentait au niveau de la parotide droite une tumeur qui menaçait de s'exulcérer. Une biopsie montra qu'il ne s'agissait ni de tuberculose, ni de sporotrichose mais probablement d'un syphilome. Le Wassermann était positif. Après trois injections intraveineuses de 0,30 centigrammes de 606 la tumeur régressa et guérit rapidement.

E. VAUCHER.

### **Peau.**

**Infiltration gommeuse syphilitique prise pour un phlegmon**, par MEAUX SAINT-MARC. *Annales des maladies vénériennes*, avril 1913, n<sup>o</sup> 4, p. 293.

Un malade de 49 ans soigné en mai 1911 pour des accidents de syphilis ignorée est guéri par des piqûres de benzoate. En janvier 1913 il présente une infiltration de l'avant-bras gauche, tuméfaction, œdème du poignet,



vives souffrances, etc. Le diagnostic de phlegmon est porté malgré la lenteur de l'évolution de cette infiltration qui dure depuis six mois. L'incision ne fait pas sortir de pus mais un peu de sérosité sanglante. Le Wassermann étant fortement positif on fait un traitement mixte qui améliore considérablement le malade.

E. VAUCHER.

**La syphilis maligne précoce**, par Louis BRIN. *Gazette des Hôpitaux* (Revue générale), 28 juin 1913, n° 73, p. 1189.

On doit entendre sous ce nom les cas dans lesquels la malignité de l'affection se caractérise dès la période secondaire par l'apparition de lésions ulcéreuses de la peau, plus ou moins étendues, associées à des symptômes généraux de gravité variable, le caractère ulcéreux des syphilides constituant l'élément essentiel de la maladie.

Après une étude historique et étiologique, B. rappelle les travaux de Buschke, Queyrat, Carle et Tomaszewski qui ont montré l'absence de tréponèmes à la surface des ulcérations cutanées, malgré des examens répétés.

Il existe deux signes prémonitoires très particuliers de cette forme de syphilis; c'est d'abord la tendance précocement ulcéreuse de l'accident primitif; c'est ensuite l'absence de manifestations cutanées et muqueuses qui sont pour ainsi dire constantes dans la syphilis secondaire. Buschke, Queyrat et Carle ont attiré l'attention sur l'absence de roséole et de plaques muqueuses chez la plupart de leurs malades.

B. passe ensuite en revue les caractères locaux des ulcérations de la syphilis maligne précoce et les signes généraux qui les accompagnent. Il fait remarquer que le pronostic n'est pas particulièrement sévère. La réaction de Wassermann se montre bien souvent négative, car l'organisme est trop profondément touché pour pouvoir réagir par la production d'anticorps spécifiques.

Le traitement local (pansement à l'eau oxygénée au tiers), associé au traitement spécifique (mercure, iodure et surtout 606), doit être employé.

E. VAUCHER.

**Sur une forme rare de syphilis secondaire (syphilide cutanée verruqueuse)** (Ueber eine seltene Form von sekundärer Lues [Syphilis cutanea verrucosa]), par M. DUNJANOWITSCH. *Dermatologische Zeitschrift*, 1913, t. XX, p. 212.

Une femme de 38 ans présente des lésions cutanées disséminées, surmontées de masses cornées dont l'affection laisse voir une surface granuleuse et saignante, papillomateuse, insérée sur une base rouge et infiltrée. Ces lésions étaient disséminées sur le tronc, les membres, etc. En outre, plaques muqueuses buccales, etc. Sur les coupes, groupes de spirochètes qu'on ne retrouvait plus sur des éléments excisés 3 jours après l'administration du Salvarsan.

Ch. AUDRY.

**Pemphigus simple ou syphilitique ?** (Pénfigo simple y pénfigo sífilítico ?), par M. G. ALVAREZ. *La Pediatría española*, 15 juin 1913, II<sup>e</sup> année, n° 9, p. 162.

A propos d'un enfant atteint de pemphigus considéré à tort comme syphilitique et mort d'atrophie, la nourrice et l'enfant de celle-ci étant restés



indemnes, A. fait le diagnostic entre le pemphigus simple des nouveau-nés et le pemphigus syphilitique. Outre les signes déjà connus, il insiste sur l'importance du poids du nouveau-né qui n'arrive pas en moyenne à 3 kilogrammes quand il est syphilitique, la rhinite spécifique précoce et les fissures chéloïdiennes de l'anus. Le diagnostic se déduit surtout de l'ensemble des symptômes. En cas de doute, le laboratoire trancherait la question.

J. MÉNEAU.

**Syphilides pustuleuses simulant la variole chez une négresse (A Pustular Syphiloderm in a Negress simulating Variola),** par KIRBY-SMITH. *New-York Medical Journal*, 9 novembre 1912, p. 961.

Les manifestations secondaires de la syphilis ne se présentent que rarement sous l'aspect de syphilides pustuleuses et cette variété d'éruption peut facilement se confondre avec une autre dermatose, telle que l'acné pustuleuse ou la variole en l'absence des signes habituels de la syphilis et de tout commémoratif. Lorsque, par surcroît, la variole règne à l'état épidémique le diagnostic peut devenir très délicat. Tel est le cas relaté ici.

Le sujet, une jeune négresse de 20 ans, se présente au cours d'une épidémie de variole pour être vaccinée. Le médecin remarque alors une éruption ressemblant beaucoup à une éruption variolique, elle durait depuis 3 semaines. Les éléments étaient acuminés, pustuleux pour la plupart, quelques-uns représentaient les divers stades du développement allant de la petite papule à la pustule. La distribution en était remarquable, la face dorsale des mains était indemne, quelques rares lésions disséminées sur la face, le front et la partie supérieure du corps, d'autres, au contraire, très confluentes vers les extrémités, particulièrement sur la paume des mains et la plante des pieds.

Un examen général de la malade montrait par ailleurs des symptômes de syphilis, de l'adénopathie généralisée, quelques plaques muqueuses dans la bouche, quant aux symptômes subjectifs ils se bornaient à une céphalée légère et à quelques douleurs osseuses survenant la nuit. Le Wassermann fut nettement positif. Plus tard, confirmant le diagnostic, une iritis double se développa.

Sous l'influence du traitement, l'iritis et les lésions cutanées disparurent très rapidement.

S. FERNET.

### **Pelade.**

**Pelade et syphilis (Pelada y sífilis),** par J. DE AZUA. *Actas dermatofiliograficas*, IV<sup>e</sup> année, avril-mai 1912, n<sup>o</sup> 4, p. 230.

Un syphilitique, âgé de 20 ans, est atteint en même temps de pelade généralisée. Azua tente un traitement spécifique, espérant juguler les deux maladies du même coup, d'après l'hypothèse émise par Sabouraud des rapports de causalité qui paraissent exister parfois entre elles. Le Salvarsan améliore rapidement les phénomènes syphilitiques, mais quant à la pelade, la partie soumise à un traitement local a seule repoussé, tandis que celles soumises à l'unique influence du traitement général n'ont eu aucune amélioration ; quelques-unes mêmes ont continué à grandir. J. MÉNEAU.

**Un cas de pelade décalvante totale dans le cours d'une infection syphilitique guérie après deux injections de Salvarsan (Un caso de**

pelada decalvante total en el curso de una inyección sífilítica, curada después de dos inyecciones de Salvarsan), par H. SAMPELAYO. *Actas dermo-sifiliográficas*, IV<sup>e</sup> année, février-mars 1942, n° 3, p. 461.

Un homme de 30 ans a en 1904 un chancre syphilitique. Quelques mois après, survient une alopecie en plaques qui en vingt-cinq jours aboutit à une pelade décalvante généralisée (cuir chevelu, sourcils, barbe et moustache). Ni les lotions excitantes habituelles, ni l'huile grise ne donnent de résultats. Cinq ans après, la pelade décalvante persistant, le malade, dont le Wassermann est positif, est soumis à deux injections intra-veineuses de 0,60 de Salvarsan. Six mois après, la pelade est absolument guérie, il reste une simple bordure ophiasique en arrière. Pour l'auteur, la pelade est bien un syndrome à étiologie diverse mais souvent d'origine syphilitique, comme le prétend Sabouraud. Regidor croit à une guérison spontanée. Azua ne peut admettre l'influence curative du Salvarsan sur la pelade. Peut-être a-t-il simplement amélioré l'état général du malade, d'où repercussion favorable sur la pelade, qui a bien aussi pu guérir toute seule. J. MENEAU.

### Pharynx.

**Deux observations d'hémorragie mortelle par gommes pharyngées** (Dos observaciones de hemorragia mortal par gomas faringéas), par J. DE AZÚA. *Actas dermo-sifiliográficas*, V<sup>e</sup> année, octobre-novembre 1942, n° 4, p. 23.

OBSERVATION I. — En 1900, A. traite un paysan d'une trentaine d'années atteint de syphilis maligne précoce. Peu de semaines après le chancre qui présentait un aspect hémorragique, apparurent de grosses lésions papulopustuleuses et tuberculo-gommeuses profondes et à fond hémorragique. Au pharynx, derrière l'amygdale gauche, il y avait une ulcération énorme et profonde à fond putrilagineux hémorragique, entourée d'une zone étendue d'œdème inflammatoire. L'état général était très mauvais. Tout à coup le malade rendit par la bouche 200 grammes de sang. L'hémorragie s'arrêta vite d'elle-même, mais reparut le lendemain foudroyante à gros bouillons et le malade tomba mort au milieu de la salle. Pas d'autopsie, mais rupture probable de la carotide ou de la maxillaire interne.

OBSERVATION II. — En octobre 1912, l'a. eut dans son service un laboureur de 53 ans, syphilitique depuis probablement une trentaine d'années. Depuis le mois de mars il avait des douleurs dans le côté gauche du pharynx. En mai, il rendit une petite quantité de sang par la bouche. Les douleurs cédèrent au mercure, mais revinrent bientôt telles qu'il ne put plus prendre que des aliments liquides. Au milieu du voile du palais, une ulcération gommeuse peu profonde mais très étendue. Pas d'infarctus appréciables. Wassermann positif. Le 23 octobre, injection de 0,2 de néosalvarsan. L'affection parut d'abord s'améliorer, mais le 28 survint une hémorragie assez violente de plus de 500 grammes qui parut d'abord céder. Le 29, l'hémorragie se reproduisit deux autres fois en quantité minime, puis à 5 heures du matin le lendemain le malade mourait subitement emporté par une hémorragie foudroyante. A l'autopsie, on trouve la carotide externe rompue par une ulcération qui la sectionnait presque. Le poumon présentait des lésions gommeuses ulcérées, mais aucun signe que le sang ait pu pro-

venir de là. La gravité toujours possible des lésions pharyngées entraîne toujours un pronostic réservé et nécessite l'emploi de moyens thérapeutiques énergiques, Salvarsan ou néosalvarsan, à moins de contre-indications.

J. MENEAU.

### Rein.

**Néphrite au cours de la syphilis secondaire** (Nephritis in Secondary Syphilis), par PERKES WEBER. *Edinburgh medical Journal*, avril 1913, p. 348.

Un malade âgé de 22 ans, syphilitique depuis quatre mois et traité par des injections mercurielles, entre à l'hôpital pour albuminurie. On trouve de l'œdème généralisé, une ascite, un hydrothorax. Urine : de 400 centimètres cubes à 1 200 centimètres cubes, contenant jusqu'à 48 pour 1000 d'albumine; cylindres hyalins et cellules épithéliales; pas de cylindres granuleux ou épithéliaux, pas de sang. Pouls, 84. Température normale. Wassermann positif. Pas d'accidents cutanés. L'état du malade nécessite trois thoracentèses successives et reste sensiblement stationnaire pendant 4 mois, après lesquels il s'améliore progressivement et le malade quitte l'hôpital après 11 mois de séjour. A ce moment, il urine 2 500 centimètres cubes; l'urine contient encore 2 pour 1000 d'albumine. La réaction de Wassermann est négative.

Le traitement appliqué fut le suivant : au début, traitement classique des néphrites aiguës. Puis, traitement mixte mercuriel et iodé à faibles doses qui ne fut pas supporté. On pratiqua alors deux injections intraveineuses de Salvarsan de 0,10 et de 0,20, l'amélioration progressive semble avoir succédé à ces injections.

P. W. compare ce cas aux affections syphilitiques secondaires du foie, à certains ictères graves avec atrophie aiguë évoluant au cours de la syphilis secondaire. Il affirme la nature syphilitique de l'affection étant donnée la grande quantité d'albumine et la précocité d'apparition de l'affection, ce qui semble écarter l'hypothèse d'une néphrite mercurielle. Il propose pour ces cas la dénomination de « nephritis syphilitica præcox ».

P. W. recommande une extrême prudence dans l'administration du traitement spécifique dans les cas analogues.

S. FERNET.

### Réinfection.

**7 cas de réinfection syphilitique. Considérations sur les intoxications graves par le Salvarsan** (7 Fälle von Reinfektio syphilitica und Betrachtungen über schwere Salvarsan-intoxikationen), par ANTORIC. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 41, p. 508.

Tous ces cas appartiennent à la pratique de Gennerich; 3 ont déjà été publiés. Dans tous ces cas, le traitement avait été : calomel et Salvarsan.

Gennerich et A. attribuent l'intoxication par le Salvarsan à la rétention et à l'accumulation du remède; ce n'est pas, comme le veut Wechselmann, au traitement mercuriel qu'il faut faire jouer alors un rôle étiologique, mais bien plutôt à des intolérances personnelles. Il ne faut pas dépasser 0,50 de Salvarsan en une seule dose, chez un homme robuste. Ch. AUDRY.

### Système nerveux.

**Neurotropisme syphilitique**, par P. CARNOT et J. DUMONT. *Paris médical*, 26 avril 1913, n° 21, p. 497.

D'un syphilitique mort à 44 ans de paralysie générale, naissent 7 enfants. La première, une fille, est atteinte dans son adolescence (16 ans) de crises gastriques de tabétiques qui durent actuellement encore (à l'âge de 31 ans), puis de signes de tabes à évolution très lente. La seconde enfant présente une cardiopathie congénitale. Le troisième et le quatrième sont normaux ; les cinquième et sixième meurent en bas âge ; enfin le dernier est atteint à 21 ans d'une hémiplegie hérédosyphilitique non douteuse (lymphocytose et albumose du liquide céphalorachidien qui régressa par le traitement), mais se termina par mort subite. Il avait des stigmates multiples d'hérédosyphilis et le Wasserman était positif.

E. VAUCHER.

**Méningite aiguë chez un syphilitique récent** (Meningitis aguda en un sifilitico reciente), par P. E. NUÑEZ. *Revista de los hospitales Montevideo*, janvier 1913, n° 51, tome VI, n° 4, p. 24.

Un sergent d'artillerie de 28 ans, atteint de syphilis remontant à 2 mois, traité par une injection intraveineuse de 0,30 de Salvarsan sort deux jours après de l'hôpital, les lésions secondaires (roséole, syphilides papuleuses et périanales ulcéreuses) ayant disparu. 20 jours après, méningite aiguë typique, Wassermann positif. La ponction lombaire confirme le diagnostic. On prescrit 6 injections de 0,02 de bi-iodure de mercure, guérison, à noter la rareté de la méningite aiguë à la période secondaire, l'apparition de la méningite vingt jours après l'injection de Salvarsan, et la possibilité de traiter ces méningites par l'injection intra-rachidienne de 606. J. MÈNEAU.

**Les méningites syphilitiques. Méningites cliniques : cérébrales et spinales, aiguës et chroniques. Méningites latentes : secondaires et tertiaires. Méningites para-syphilitiques**, par H. ROGER. *Paris médical*, 19 avril 1913, n° 20, p. 477.

Revue générale.

E. VAUCHER.

**Le liquide céphalorachidien dans la syphilis et la parasymphilie nerveuse**, par Henri ROGER. *La Presse médicale*, 16 avril 1913, n° 31, p. 305.

Revue générale de la question.

E. VAUCHER.

**Contribution à l'étude de la syphilis céphalo-rachidienne**, par Mme Nathalie ZYLBERLAST. *Revue neurologique*, 30 juillet 1913, n° 14, p. 63.

Observation et autopsie d'une malade atteinte de syphilis cérébrale et médullaire. Cliniquement il n'y avait pas de symptômes médullaires ; l'autopsie montra l'existence de lésions diffuses de méningite et surtout de trois gommages, l'une dans la région pariétale gauche ayant comprimé et détruit complètement l'écorce cérébrale ; une autre siégeant dans la moelle cervicale et la troisième dans la moelle dorsale. Z. attire l'attention sur la rareté des gommages du système nerveux central.

E. VAUCHER.

**Epilepsie et syphilis cérébrale héréditaire tardive. Guérison par l'iodothérapie**, par Paul BONCOUR. *Progrès Médical*, 14 juin 1913, n° 24, p. 315.

Observation d'un enfant qui présente à 12 ans une première crise d'épilepsie suivie d'autres crises rapprochées. Un traitement bromuré n'amenant aucune amélioration, on institue un traitement ioduré, car la mère

était nettement spécifique. Depuis cette époque, grâce à un traitement ioduré (iodostariné), trois mois se sont écoulés sans crise.

E. VAUCHER.

**Névralgie du trijumeau et paralysie faciale due à la syphilis** (Neuralgia del trigemino y parálisis facial por sífilis), par GARCIA DEL MAZO. *Actas dermo-sifiliográficas*, IV<sup>e</sup> année, avril-mai 1942, n° 4, p. 220.

Femme de 25 ans. Syphilis en novembre 1941, chancre lingual. Traitement irrégulier et incomplet. En avril 1942, apparition de névralgie du trijumeau et de paralysie faciale. Les lésions périphériques des nerfs crâniens sont dues à une insuffisance de traitement et elles se rencontrent surtout au commencement de la période secondaire, à la suite de chancres extra-génitaux.

J. MÉNEAU.

**Prurit tabétique et arsénobenzol**, par PUJOL. *Progrès médical*, 22 février 1943, n° 8, p. 400.

Prurit localisé très tenace présentant des paroxysmes douloureux intolérables s'accompagnant d'une lichénification légère des téguments, survenu au cours d'un tabes sans incoordination. Echec de tous les traitements. Guérison après l'administration d'arsénobenzol à doses faibles et répétées.

E. VAUCHER.

**Sur la question de la parasymphilis** (Zur Frage der Parasymphilis), par SCHOENBORN et CEINTZ. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1943, n° 41, p. 484.

S. et C. n'ont pas de peine à démontrer qu'actuellement la conception des affections parasymphilitiques telles que les a comprises et définies Fournier, de la métasyphilis comme l'ont décrite Möbius et Strümpell, ne résiste pas à la critique, et qu'elle est devenue inutile.

Ch. AUDRY.

**Syphilis cérébrospinale avec symptômes ataxocérébelleux du type Friedreich**, par H. CLAUDE et ROUILLARD. *Revue neurologique*, 30 mai 1943, n° 40, p. 705.

Malade âgé de 28 ans, atteint de troubles ataxiques à type Friedreich et de troubles mentaux très prononcés. Tous ces accidents commencèrent il y a deux ans et ont progressé depuis quelques mois. L'abolition des réflexes tendineux, l'ataxie et les troubles de l'équilibre, l'existence d'une cyphoscoliose et d'une déformation de la voûte plantaire font penser à la maladie de Friedreich. Par contre il existe des troubles mentaux, du tremblement de la langue et des troubles de la parole qui éveillent l'idée d'une paralysie générale. Le liquide contient beaucoup de lymphocytes et le Wassermann est positif. On est donc amené à discuter l'hypothèse d'une affection complexe d'origine hérédosymphilitique, dans laquelle la diffusion des lésions anatomiques expliquerait la coïncidence de ces deux syndromes.

E. VAUCHER.

**Les atrophies musculaires progressives syphilitiques. La myélite syphilitique amyotrophique**, par A. LÉRI et A. LERONGE. *Gazette des Hôpitaux*, 47 mai 1943, n° 55, p. 885.

Revue générale et bibliographie.

E. VAUCHER.

**Sur les parergies toxiques des injections intraveineuses de Salvarsan causées par l'alcalinité du verre** (Durch Alkaliabgabe der Glaser bedingte toxische Nebenwirkungen nach intravenösen Salvarsan injektionen [Glasfahler]), par R. MATZENAUER. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1913, n° 41, p. 406.

M. a constaté que réellement, un certain nombre de verres cédaient des alcalins (des silicates habituellement) aux solutions. Il admet donc que dans certains cas, non dans tous, assurément, cet état du verre peut jouer un rôle dans l'étiologie des accidents toxiques. Ch. AUDRY.

**Salvarsan et liquide céphalo-rachidien pendant la syphilis précocce. Nouvelles recherches sur le liquide céphalo-rachidien pendant la syphilis latente** (Salvarsan und Liquor cerebrospinalis bei Fröh-syphilis, nebst ergänzender Liquoruntersuchungen in der Latenzzeit), par K. ALTMANN et G. DREYFUS. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 9, p. 464.

Sur 8 malades dont le liquide céphalo-rachidien a été examiné pendant le chancre, aucun n'a présenté une réaction Wassermann positive du liquide. 6 ont offert de l'augmentation de pression, 2 qui avaient une réaction Wassermann positive dans le sang, présentaient des altérations légères, mais certaines (albumine, cellules lymphatiques).

Sur 24 malades au début de la période secondaire, tous avaient une réaction Wassermann positive dans le sang, négative dans le liquide; 10 d'entre eux présentaient une pression augmentée, 14 offraient des altérations histo-chimiques.

Sur 35 malades en pleine syphilis secondaire, 11 avaient une réaction Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien (tous, dans le sang), et 22 présentaient des altérations histo-chimiques.

Sur 2 tertiaires, la réaction Wassermann, positive dans le sang, était négative dans le liquide; 1 des deux malades offrait des altérations histo-chimiques.

Examinant l'action du Salvarsan, A. et D. constatent d'abord que l'augmentation de pression a toujours disparu.

Chez un porteur de chancre (sur 2) (doses faibles), le liquide sain est devenu pathologique après le traitement.

Sur 14 cas de syphilis secondaire au début, 4 est resté normal, 4 est devenu lésé, 2 se sont aggravés, 2 n'ont pas été modifiés, 6 ont guéri, 1 est resté stationnaire.

Sur 18 cas de syphilis secondaire, 4 sain est devenu malade; 16 liquides malades ont présenté 2 améliorations et 8 guérisons.

Le tertiaire est revenu à la normale.

Passant à l'étude de la question au cours de la syphilis latente, A. et D. ont trouvé le liquide céphalo-rachidien normal chez 80 malades sur 104, ce qui montre que beaucoup de localisations syphilitiques nerveuses guérissent spontanément. De 24 autres, 8 seulement offraient des altérations considérables. Cependant, la plupart de ces malades offraient de la céphalée, des douleurs.

Les altérations ont présenté une résistance thérapeutique considérable enfin Ravaut, Vincent ont vu évoluer ensuite des maladies graves; de sorte



qu'en période de latence, la persistance de lésions dans le liquide céphalo-rachidien indique probablement une lésion nerveuse existante, et leur valeur clinique est considérable.

En résumé, le Salvarsan améliore presque toujours les altérations du liquide céphalo-rachidien pendant les premières périodes ; si cette amélioration manque, cela tient à l'insuffisance des doses. Ch. AUDRY.

### **Tremblement.**

**Tremblement d'origine syphilitique** (Temblor de origen sifilitico), par J.-S. COVISA. *Actas dermo-sifiliográficas*, IV<sup>e</sup> année, février-mars 1912, n<sup>o</sup> 3, p. 459.

Jeune homme de 26 ans sans antécédents pathologiques importants, syphilitique depuis 6 ans. Depuis plus de 4 ans, faiblesse de la jambe droite qui a été le siège principal de douleurs nocturnes. Il y a 3 ans, légère perte de connaissance, n'ayant laissé aucune trace. Il y a 2 ans, paralysie faciale droite guérie en 3 mois par l'électricité. Il y a 6 mois, tremblement bien prononcé du bras droit, ayant laissé une grande perte de forces dans ce bras. Après avoir subi des traitements irréguliers, le malade a été guéri par un traitement au calomel et au Salvarsan. La cause du tremblement reste inexpliquée. Les divers symptômes présentés par le malade semblent avoir été les prodromes d'une syphilis cérébrale grave, sans les signes d'alarme de Fournier et le tremblement serait d'origine purement syphilitique. J. MÉNEAU.

### **Vaisseaux.**

**Le syndrome de Raynaud et la syphilis** (Raynaud's Syndrome and Syphilis), par H. SEMON. *British Medical Journal*, 8 février 1913, p. 278.

Hutchinson, Gaucher ont attiré l'attention sur les rapports de la syphilis et de la maladie de Raynaud ; S. insiste sur ce sujet et signale quatre observations nouvelles favorables à cette thèse. G. PETGES.

**Les maladies syphilitiques de l'aorte** (Die syphilitische Aortenerkrankungen), par OBERNDORFER. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1913, n<sup>o</sup> 40, p. 505.

Sur 1 436 autopsies on a trouvé 99 cas d'aortite syphilitique. O. rappelle que c'est depuis les recherches d'Haller et de son élève Döhle qu'on a saisi l'importance de l'aortite syphilitique. Sur un total de 74 cas diagnostiqués, 67 fois la R. W. avait été positive (Gruber).

Les lésions débutent au commencement de l'aorte, sur les valvules ; on les constate sous forme d'épaississements cicatriciels disséminés, de taches cicatricielles d'un bleu gris, de dilatation du vaisseau, etc... Ces lésions se retrouvent, plus ou moins développées, sur tout le trajet aortique jusqu'à l'origine du tronc cœliaque. Il n'est pas rare que les altérations de l'origine aortique envahissent les orifices des coronaires, toutes lésions faciles à distinguer de l'artériosclérose.

Au microscope, petits infiltrats inflammatoires autour des vasa vasorum (mononucléaires, lymphocytes, plasmazellen), les capillaires sont dilatés ; leur endothélium proliféré ; il se forme un tissu de granulations qui détruit les éléments élastiques, et le processus peut aboutir à l'oblitération des



vaisseaux. Il existe aussi de l'inflammation au pourtour des nerfs (ce qui explique les douleurs de l'aortite syphilitique).

Les lésions ne sont pas bornées à l'adventice ; mais en suivant les vaisseaux, elles entourent la couche moyenne ; autour des infiltrats inflammatoires, on découvre souvent des infiltrats hémorragiques. On a souvent observé des cellules géantes, mais ce sont simplement des cellules géantes à corps étrangers, développées autour des éléments nécrosés.

Sur les 99 malades, 40 avaient succombé à une maladie autre que l'aortite. Cliniquement : douleurs, dyspnée, etc. La R. W. rend les plus grands services pour le diagnostic.

La fréquence de l'aortite syphilitique est considérable, et cette connaissance nouvelle est très importante. Ch. AUDRY.

**Sur la syphilis de l'aorte** (Ueber die Syphilitische Aortenerkrankung), par T. DENCKE. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 40, p. 441.

En 4 ans, D. a rencontré 200 cas d'aortite dont il a retenu 173 observations.

Il donne d'abord un historique de cette question, en particulier depuis le travail de Doehle (1885). En 1906, Reuter y a découvert des spirochètes, puis est venue la R. W.

D. compte 148 hommes pour 24 femmes. 77 hommes avouaient la syphilis, et l'ancienneté de celle-ci était en moyenne de 20 ans. Mais il faut savoir que la maladie reste longtemps silencieuse. Un cas se rapportait à l'hérédosyphilis.

Sur 164 malades, la R. W. a été positive 142 fois. Le plus souvent, l'aortite se manifeste par des douleurs. D. n'admet pas que l'alcoolisme joue un rôle étiologique.

Anatomiquement, les lésions ont leur maximum au niveau de l'aorte ascendante et de l'insertion des valvules semi-lunaires. Elles consistent en petites taches épaissies, des pertes de substances circonscrites de la tunique moyenne. On n'observe de plaques calcaires que chez les sujets âgés.

Cliniquement : un type est caractérisé par les phénomènes d'angor, un autre par l'insuffisance aortique, un troisième par l'anévrysme. En ce dernier cas, l'examen radiologique rend de grands services au début.

Les complications les plus fréquentes occupent le système nerveux central (troubles papillaires, etc.).

Le traitement antisypilitique n'agit qu'à la condition d'être énergique. D. recommande principalement les frictions mercurielles, l'iode de potassium.

La question du Salvarsan n'est pas éclaircie.

Ch. AUDRY.

### **Vessie.**

**Syphilis de la vessie**, par LÉVY-BING et DURGEUX. *Annales des maladies vénériennes*, avril 1913, n° 4, p. 244.

Grâce à l'emploi du cystoscope les lésions vésicales de la syphilis sont mieux connues qu'autrefois. Elles peuvent être isolées ou se manifester en même temps que des accidents de la peau et des muqueuses ; le chancre de la vessie n'existe pas. Les symptômes sont ceux de toute cystite ; le cys-

toscope peut révéler à la période secondaire des exanthèmes avec de véritables plaques muqueuses. A la période tertiaire on rencontre des ulcérations ou des tumeurs papillomateuses. Les ulcérations peuvent se compliquer de perforation avec péritonite ou avec fistules vésicovaginales. Le traitement mixte améliore et guérit rapidement ces cystites.

E. VAUCHER.

### III. — Étude biologique.

**Expérimentation avec la réaction par la luetine de Noguchi** (Experience with Noguchi's luetin reaction), par Howard Fox. *Journal of cutaneous diseases*, août 1912, p. 463.

La réaction de Noguchi a été obtenue avec une suspension de spirochæte pallida en culture pure, tué par la chaleur. Étudiée sur 100 cas sans donner de résultats absolument constants elle permet d'espérer dans l'avenir de cette nouvelle méthode, utile surtout quand la réaction de Wassermann ne donne pas un résultat probant.

G. PETGES.

**La réaction cutanée à la luetine dans le diagnostic de la syphilis** (The luetin skin test in the diagnosis of syphilis), par A.-G. RYTINA. *Medical Record*, 1<sup>er</sup> mars 1913, p. 384.

Travail consciencieux et documenté étudiant les procédés biologiques de diagnostic de la syphilis basé sur les modes de réaction de Von Pirquet et surtout par la luetine de Noguchi, dont il est inutile de rappeler ici le mode de préparation, au moyen de cultures polyvalentes de spirochætes stérilisées par la chaleur, au bain-marie à 60° pendant une heure, et par addition de 0 gr. 50 de tricarésol; conservation à la glacière. On injecte dans le derme 0 cmc. 07 de cette culture diluée dans moitié de sérum physiologique stérilisé; injection témoin d'un liquide analogue non ensemencé de spirochætes. La réaction est positive ou négative. Noguchi a montré trois modes de réactions quand la réaction est positive: papuleuses, pustuleuses, torpides; dans cette dernière, au bout de plusieurs jours, quand on croit la réaction négative, on observe une évolution vers une des autres formes. R. a pu se rendre compte que la réaction de Noguchi est inoffensive; qu'elle est spécifique; qu'enfin elle est très simple mais demande une certaine expérience pour l'interprétation des résultats. La création d'ampoules de luetine favoriserait l'extension de la méthode.

R. a constaté que dans la syphilis primaire et secondaire non traitée, la réaction est le plus souvent négative, mais avec une grande proportion de résultats positifs si les malades ont été traités: ici donc la réaction de Wassermann est préférable. La réaction à la luetine est positive dans 100 pour 100 des syphilis tertiaire, latente et congénitale; elle a un grand pourcentage de résultats positifs dans la parasymphilis: ici elle est donc supérieure à la réaction de Wassermann.

G. PETGES.

**Sur la dermo-réaction dans la syphilis et ses rapports avec la réaction de Wasserman** (Die Hautreaktion bei Lues und ihre Beziehung zur Wassermannschen Reaktion), par R. MÜLLER et O. STEIN. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1913, n° 44, p. 408.

M. et S. ont employé un antigène fabriqué avec les surrénales, le foie et

le poumon d'un hérédo-syphilitique, et ont procédé à la manière de Klausner et Fischer.

Ils ont considéré comme positive toute réaction locale violente, érysypéloïde, habituellement circonscrite, souvent infiltrée.

En tous les cas de syphilis tertiaire avec R. W. positive, la réaction a été positive.

Sur 30 sujets en période secondaire, 6 ont réagi. Dans un cas de syphilis maligne, la R. W. était négative pendant que la cuti-réaction était positive.

Sur 12 porteurs de chancre, 2 réagissent positivement, dont un avait encore une R. W. négative.

Sur 12 cas de syphilis latente avec R. W. positive, une seule fois la cuti-réaction fut positive; elle le fut 2 fois sur 6 cas de syphilis latente avec R. W. négative.

Ch. AUDRY.

**Emploi d'extraits végétaux dans la réaction de Wassermann**, par L. TRIBONDEAU. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 27 janvier 1913, p. 340.

T. prépare son antigène en traitant les farines (d'avoine, de lentille, de pois, etc.) par l'alcool absolu, l'acétone ou l'éther jusqu'à ce que le dissolvant n'entraîne plus apparemment de substance. La farine ainsi traitée est reprise par l'alcool ou l'acétone. Le meilleur antigène et le plus abondant a été obtenu avec la farine de pois. Il faut étudier avec soin la valeur antigénique du produit avant de s'en servir. L'extrait de pois est un bon antigène car il est très riche en lécithine et en cholestérine. Ces extraits végétaux, très faciles à préparer, ont sur les extraits animaux la supériorité de n'être ni hémolytiques, ni anticomplémentaires.

E. VAUCHER.

**L'antigène dans la réaction de Wassermann**, par A. DESMOULIÈRES. *Annales des maladies vénériennes*, février 1913, n° 2, p. 143.

D. a préconisé l'emploi pour la réaction de Wassermann d'un antigène à base de cholestérine dissoute dans une macération alcoolique de poudre de foie épuisée par l'éther.

Cet antigène doit être conservé à une température voisine de 15° et non à la glacière. Il doit être dilué dans du sérum physiologique préalablement amené à une température voisine de 20°. Le titrage doit être fait avec soin afin de déterminer la dose de complément dilué permettant d'obtenir dans le témoin antigène une hémolyse totale en une demi-heure. On n'interprète les résultats qu'après centrifugation en utilisant l'échelle colorimétrique préconisée par l'auteur.

Celui-ci a préparé d'autre part un antigène complètement artificiel dont la formule est : Cholestérine pure, 1 gramme ; Solution de 0,50 de lécithine dans Q. S. d'alcool absolu pour faire 100 centimètres cubes, 40 centimètres cubes ; Solution renfermant 37 grammes de savon de soude sec dans 1000 centimètres cubes d'alcool à 60°, 3 centimètres cubes ; Alcool absolu Q. S. pour faire 400 centimètres cubes.

Dans 150 expériences environ portant sur un nombre sensiblement égal de sérums normaux et de sérums syphilitiques, le résultat a été le même que celui obtenu avec un bon antigène de foie d'hérédosyphilitique.

E. VAUCHER.

Sur l'utilisation de l'extrait de cœur de veau additionné de cholestérine dans la réaction de Wassermann (Ueber die Brauchbarkeit von Rinderherzextrakten mit Cholesterinzusatz bei der Wassermannschen Reaktion), par R. BOTTLE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 416, p. 259.

L'extrait alcoolique de cœur de veau, additionné de cholestérine donne dans la réaction Wassermann des résultats excellents ; meilleurs que ceux obtenus avec l'extrait alcoolique de cœur seul, surtout au début de la syphilis, et pendant les périodes de latence.

Ch. AUDRY.

**Le traitement spécifique et la réaction de Wassermann**, par GOURARI. *Paris médical*, 46 août 1913, n° 37, p. 262.

G. a étudié la valeur de la réactivation biologique de la réaction de Wassermann. Suivant les indications de Milian il emploie systématiquement l'injection provocatrice dans tous les cas de syphilis latente avec Wassermann négatif, et dans les affections du système nerveux lorsqu'on relève la syphilis dans les antécédents et que la réaction est négative. Il utilise également la réactivation dans les cas d'accidents cutanés ou muqueux présentant quelques difficultés au point de vue diagnostic.

Enfin l'injection provocatrice peut être une pierre de touche de la stabilité de la guérison de la syphilis.

E. VAUCHER.

**Interprétation des résultats de la réaction de Wassermann** (The interpretation of the results of the Wassermann test), par CRAIG. *The Journal of the American Medical Association*, 22 février 1913, p. 565.

Craig apporte une statistique de 10 000 réactions pratiquées au laboratoire militaire de Washington sur 5 246 individus. Il trouve 89,4 pour 100 de résultats positifs à la première période, 95,6 pour 100 à la deuxième, 86,8 pour 100 à la troisième, 65,4 pour 100 à la période latente, 89,2 pour 100 dans la syphilis héréditaire et 68,1 pour 100 dans la parasymphilie. Article concis mais de grand intérêt.

S. FERNET.

**Les résultats contradictoires de la réaction de Wassermann** (Contradictory findings in the Wassermann test), par WOLBARST. *New-York Medical Journal*, 22 février 1913, p. 378.

Les résultats de la réaction dépendent de l'habileté et de la compétence de l'opérateur. Dans le cas de réaction positive, lorsqu'elle doit décider d'un diagnostic hésitant, il est de toute nécessité de la faire pratiquer par plusieurs opérateurs compétents.

Sur 37 cas soumis à des examens multiples, pratiqués par différents opérateurs, on a trouvé une concordance des résultats dans 26 cas (70 pour 100), des résultats absolument différents dans 5 cas (14 pour 100), une légère discordance dans 6 cas (16 pour 100). Dans la pratique de même que dans la littérature, chaque résultat de la réaction devrait être suivi du nom de l'opérateur. Le choix du médecin qui doit pratiquer une réaction de Wassermann doit être aussi attentif que celui d'un consultant ou d'un expert dans toute autre branche de la médecine.

S. FERNET.

**Le sérodiagnostic de la syphilis** (*Revue générale des travaux de l'année dernière*) (Die Serodiagnose der Syphilis, Sammelreferat über die

Arbeiten des letzten Jahres), par A. GLÜCK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1913, t. 115, p. 722.

Rien à ajouter au titre de ce travail, très utile. La bibliographie (pour 1912) porte sur 120 articles.

Ch. AUDRY.

#### IV. — Étude thérapeutique par l'arséno-benzol,

##### Généralités.

**Les remèdes actuels de la syphilis et leur emploi dans la pratique** (Die Jetzigen Heilmittel der Syphilis und ihre Anwendung in der Praxis), par F. TOUTON. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1913, n° 13, p. 573.

Revue de l'état actuel de la question. Exposé intéressant ; mais rien de nouveau.

Ch. AUDRY.

**Contribution à l'étude de l'arsénothérapie dans la syphilis. Deux nouveaux dérivés arsenicaux, le 1116 et le 1151. Étude chimique, expérimentale et clinique**, par DE BEURMANN, MOUNEYRAT et TANON. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 janvier 1913, n° 3, p. 155.

Les deux nouveaux dérivés arsenicaux 1116 et 1151 proposés pour le traitement de la syphilis présentent les caractéristiques suivantes :

Faible toxicité, bonne tolérance, absence de pouvoir congestif, neurotrope et coagulant ; dissolution instantanée qui peut être effectuée sans aucun outillage accessoire à l'abri de l'air dans des conditions d'asepsie absolue, à l'aide des nouvelles ampoules auto-injectables.

Pouvoir trypanosomicide et spirillicide très actif. La dose thérapeutique totale semble être pour l'homme de 4,50, pour la femme de 1,20 à 1,35 répartis en trois injections à doses égales, espacées de huit jours chacune.

La tolérance de ces nouveaux corps est en général très bonne ; ils ne provoquent pas de fièvre, ou les réactions sont si rares, qu'ils permettent le traitement ambulatoire de la syphilis.

Les accidents syphilitiques, ainsi que les tréponèmes que contiennent les lésions, disparaissent très vite sous l'influence du 1116 et du 1151, et ce sont les lésions muqueuses qui rétrocedent avec la plus grande rapidité.

Ces nouveaux dérivés peuvent également être employés en suspension huileuse pour les injections intramusculaires. Les injections musculaires ne provoquent jamais de nécrose ni d'inflammation durable, mais donnent lieu à une douleur plus ou moins vive.

E. VAUCHER.

**De l'emploi des arsénos aromatiques par voie rectale, en thérapeutique infantile**, par E. WEILL, A. MOREL et G. MOURIQUAND. *Archives de médecine des enfants*, juillet 1913, n° 7, p. 513.

La voie rectale paraît surtout indiquée chez l'enfant pour l'administration des arsénos aromatiques. Les auteurs rapportent un certain nombre d'observations cliniques qui montrent l'action des composés arsenicaux :

1° Sur certaines lésions curables de l'hérédo-syphilis tardive ;

2° Dans certains cas de chorée grave ou moyenne.

D'autre part, les auteurs ont établi par des preuves expérimentales et des dosages de l'arsenic dans l'urine, la réalité de l'absorption de l'arsenic

par la muqueuse rectale. Ils pensent qu'il faut réserver cette médication rectale aux cas qui ne relèvent pas des doses massives de 606.

E. VAUCHER.

**Influence des découvertes nouvelles sur le traitement de la syphilis dans les stations hydrominérales** (Über den Einfluss der modernen Syphilisforschung auf die Syphilisbehandlung in Badeorten), par TOUTON. Tirage à part dans *Ärztliche Festschrift zur Eröffnung der Städtischen Kaiser Friedrich Baden in Wiesbaden*.

Contrairement à Neisser et à Jadassohn, T. estime que le meilleur mode de traitement de la syphilis latente est une cure de néosalvarsan associé à une cure de frictions mercurielles, à une cure de bains et de boissons dans des thermes salins.

T. s'appuie principalement sur les bons résultats obtenus dans la poursuite de la disparition de la R. W.

Ch. AUDRY.

### Technique.

**Titrage des solutions de Salvarsan pour injection intraveineuse** (Titulación de las soluciones de Salvarsan por inyección intravenosa), par A. SAINZ DE AJA. *Actas dermo-sifiliográficas*, IV<sup>e</sup> année, février-mars 1912, n° 3, p. 153.

L'A. préfère la solution à 1/500. L'injection est plus rapide, en raison de la moindre quantité de liquide pénétrant dans l'appareil circulatoire, d'où moins d'élévation de la tension sanguine et moins d'efforts nécessaires de la part du cœur et du rein. Diminution du traumatisme veineux. Aucun inconvénient à redouter.

J. MÉNEAU.

**Mode d'administration du Salvarsan et du néosalvarsan : infusion ou injection** (Die Anwendung der Salvarsans und Neosalvarsans, Infusion oder Injektion), par C. STERN. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 43, p. 694.

S. emploie le néosalvarsan en solution concentrée dans de l'eau (0,90 de néosalvarsan pour 6 à 8 grammes d'eau) et l'injecte avec la seringue où il fait directement la solution (la première publication de Ravaut sur ce procédé date du 6 février. N. d. T.).

On peut aussi injecter l'ancien Salvarsan en solution concentrée : jusqu'à 0,30 ou 0,40 dans 8 grammes d'eau additionnée de 10 gouttes de soude à 15 pour 100. Avec 40 grammes d'eau on peut dissoudre et neutraliser des doses supérieures. La seule différence est que pour le néosalvarsan l'eau pure suffit, et qu'avec l'ancien Salvarsan il faut alcaliniser jusqu'à neutralisation.

Ch. AUDRY.

**La technique des injections intramusculaires huileuses d'arsénobenzol dans le traitement de la syphilis**, par F. BALZER. *La Presse médicale*, 2 avril 1913, n° 27, p. 264.

B. emploie le néosalvarsan en solution huileuse préparé par Lafay, à la dose de 30 centigrammes par injection. Il a utilisé également d'autres préparations arsenicales de Mouneyrat. Pour éviter les douleurs d'une injection trop abondante B. fait à chaque séance deux injections de 15 centigrammes, l'une dans les muscles de la région lombaire, l'autre à la



fesse. Ces injections ne sont pas très douloureuses. Dans la syphilis à la période de chancre ou au début de la roséole, B. fait de 4 à 6 injections qui suffisent généralement, puis le malade est soumis à un traitement mercuriel et au bout de quelques mois on lui refait 3 injections. Il faut se guider sur la réaction de Wassermann.

B. n'a jamais observé d'accident grave après ces injections huileuses.

E. VAUCHER.

**La posologie du 606**, par G. MILIAN. *Paris médical*, 12 juillet 1913, n° 32, p. 147.

Exposé très détaillé du traitement à faire suivre à un syphilitique pris au début de sa syphilis.

M. préconise d'abord des injections intraveineuses de Salvarsan, puis un traitement mixte mercuriel et ioduré suivi à nouveau d'injections de Salvarsan. Il expose en détail les doses de mercure et de Salvarsan à employer.

Lorsque la cure est terminée insister sur la surveillance clinique et biologique (R. de Wassermann tous les trois, puis tous les six mois). Si le Wassermann reste négatif voir si l'on peut le réactiver.

M. expose ensuite les précautions à prendre chez les malades intolérants ou atteints d'affections organiques diverses, ulcère de l'estomac, cardiaques, brightiques, etc. Il insiste sur la nécessité des petites doses.

Il y a des syphilitiques qui guérissent rapidement, d'autres ont des accidents subintrants et irréductibles. Ne pas craindre de répéter les injections en se disant bien que leur répétition n'entraîne nullement d'accidents d'intoxication chronique. Les cures prolongées et répétées sont particulièrement indispensables chez les tabétiques et les paralytiques généraux, si l'on veut obtenir un résultat réel et durable.

E. VAUCHER.

### Résultats cliniques.

**Sur le néosalvarsan** (Erfahrungen über Neosalvarsan), par W. LIEB. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1913, n° 41, p. 410.

D'après 425 injections.

Le néosalvarsan est d'un emploi facile et donne d'excellents résultats pendant les périodes précoces ; il réussit aussi très bien dans les formes malignes, ulcéreuses, à condition d'employer des doses fortes ; dans les formes sèches, il agirait plus faiblement que le mercure. Il est particulièrement utile dans les cas où le traitement mercuriel a provoqué des accidents d'intoxication (bouche, reins), et s'associe bien au mercure dans le traitement des localisations nerveuses tardives (dites métalutiques).

Ch. AUDRY.

**Expériences sur le néosalvarsan** (Experiences with neosalvarsan), par KAUFMAN. *New-York Medical Journal*, 22 mars 1913, p. 598.

K. publie les résultats obtenus par l'emploi du néosalvarsan en injections intramusculaires (solution glycinée additionnée de quelques gouttes d'eucaïne à 1/100). Il conclut que le néosalvarsan est aussi actif que le Salvarsan ; administré par la voie intra-musculaire, il agit moins rapide-



ment mais son action paraît être plus durable. On n'observe ni abcès, ni nécroses ; la douleur n'est pas constante et elle est insignifiante.

S. FERNET.

**Le néosalvarsan, premières impressions cliniques** (El neosalvarsan, primeras impresiones clinicas), par J. DE AZUA. *Actas dermo-sifiliográficas*, IV<sup>e</sup> année, février-mars 1912, n<sup>o</sup> 3.

Le néosalvarsan possède une action thérapeutique aussi sûre et encore plus intense que celle du Salvarsan. Il est probable que cette plus grande intensité est due à la tolérance de plus fortes doses d'arsenic employé sous cette forme. Il est suffisant d'employer chez les sujets sans tares morbides des doses de 60 à 80 centigrammes pour des hommes de plus de 50 kilogrammes et de 40 à 50 pour les femmes du même poids, on peut ensuite, si ces doses sont bien tolérées, augmenter de 10 à 20 centigrammes dans les injections suivantes, sans dépasser 1 gr. 20 à 1,30 chez les hommes et 0,90 à 1 gramme chez les femmes ; on peut donner de 6 à 8 injections. Chez les sujets présentant les mêmes contre-indications que pour le Salvarsan, on commence par 0,10 à 0,15 et on ne dépasse pas 75 à 80 centigrammes. Les injections devront être séparées de 4 à 7 jours au moins et davantage s'il survient une réaction dangereuse. On prévient la névrose faciale acoustique et optique motrice qui suit l'injection en associant le mercure (huile grise) au néosalvarsan entre et après les injections de celui-ci. La médication ne pourra qu'y gagner en efficacité. Le néosalvarsan est plus pratique que le Salvarsan, il ne nécessite pas l'emploi de la lessive de soude mais réclame plus de précautions pour éviter sa facile oxydation. Il devra être préparé immédiatement avant de s'en servir : on le dissoudra sans agiter dans le récipient qui n'atteindra pas 30°, on évitera de chauffer les dissolutions et on les préservera autant que possible du contact de l'air. En raison de l'action hémolytique de l'eau instillée, on emploiera une solution saline de 0,1/45 à 0,1/10, le véhicule étant de l'eau ou du sérum à 4/1000. Pour éviter la réaction inflammatoire provoquée par le néosalvarsan dans le tissu cellulaire, on met dans l'appareil un peu d'eau distillée ou de sérum avant la solution médicamenteuse. Les injections musculaires de néosalvarsan sont mieux tolérées qu'avec le Salvarsan. L'injection intra-veineuse reste la méthode de choix. Chez les enfants au sein, on préférera les injections répétées dans le tissu cellulaire de solutions à 1/500 (de 0,005 à 0,02). J. MÉNEAU.

**Le traitement de la syphilis par le néosalvarsan peut-il être ambulatoire** (Darf Neosalvarsan ambulant angewandt Werden ?), par TOUTON. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1913, n<sup>o</sup> 11, p. 484.

Oui, s'il est administré comme il convient.

Ch. AUDRY.

**Sur la signification de la fièvre consécutive à une première injection de Salvarsan**, par JEANSELME et JACQUET. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 23 janvier 1913, n<sup>o</sup> 2, p. 133.

La fièvre qui suit la première injection de Salvarsan doit être considérée comme une fièvre spécifique. Les autres agents de la médication spécifique produisent les mêmes effets chez les syphilitiques si l'injection intraveineuse est faite d'emblée à doses massives. La réaction thermique consécutive à la première injection est donc une loi générale qui peut se formuler ainsi.

Chez tout syphilitique en période active, l'injection intraveineuse à dose suffisante d'un agent quelconque de la médication spécifique (Salvarsan, enésol, cyanure de mercure) provoque une fièvre de première injection ; cette poussée fébrile ne se reproduit pas aux injections subséquentes, même si la dose est plus forte.

E. VAUCHER.

**Résultats obtenus dans le traitement des spirochètoses locales par le salvarsan et le néosalvarsan** (Die bisherigen Erfahrungen mit der Salvarsan-ein Neosalvarsanbehandlung der lokalen Spirochaetosen), par GERBER. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1913, n° 12, p. 634.

Petite revue d'ensemble avec bibliographie. L'angine de Vincent, les gingivites et stomatites mercurielles ou simples, certaines formes de glossites, le scorbut, le noma, les abcès périodentaires, les pulpites sont heureusement traitées par le salvarsan et le néosalvarsan.

Dans les formes sérieuses, il faut pratiquer l'injection intra-veineuse ; dans les formes légères, les applications locales donnent des résultats excellents.

Ch. AUDRY.

**Traitement par le Salvarsan de la syphilis jeune**, par JEANSELME et VERNES. *Paris médical*, 29 mars 1913, n° 17, p. 401.

Les auteurs publient la statistique intégrale de tous leurs cas de syphilis primaire qui ont été traités par le Salvarsan.

D'après leur expérience ils concluent, qu'employer des doses trop faibles et trop espacées, c'est aller au devant d'un échec au point de vue de la stérilisation. Cette stérilisation ne se produit pas ou n'est qu'apparente et cet échec est dû à l'emploi de doses trop faibles de Salvarsan, 1 gramme, 1<sup>er</sup>, 10, 1<sup>er</sup>, 50.

Les sujets en état de syphilis primaire qui ont été traités avec succès sont au nombre de treize. Dans ces treize cas qui ont été étudiés par tous les moyens d'investigation dont on dispose à l'heure actuelle, durant une période d'observation qui n'a jamais été moindre de cinq mois et qui pour certains s'est prolongée pendant dix-sept et dix-neuf mois, J. et V. n'ont pu dépister aucun indice pouvant faire supposer que la syphilis est encore en activité. Ils insistent sur l'importance de la réaction de Wassermann pratiquée de temps en temps pour s'assurer qu'elle reste négative.

E. VAUCHER.

**Cas de syphilis secondaire grave ; guérison remarquable par le Salvarsan** (Caso de sífilis secundaria grave ; notable curación por el Salvarsan), par CRIADO. *Actas dermo-sifiligráficas*, IV<sup>e</sup> année, février-mars 1912, n° 3, p. 170.

Un laboureur de 36 ans, atteint de syphilis secondaire, est traité par les injections mercurielles solubles. Les arthralgies, les plaques muqueuses, les syphilides disparaissent, sauf à la face. Un traitement insuffisant laisse reparaitre la syphilide qui se généralise en s'accusant surtout à la face où existent d'énormes infiltrats papuleux, rappelant par endroits les tumeurs du mycosis et formant en d'autres une véritable nappe rouge infiltrée. A la région fronto-temporale, on trouve une ulcération un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs. L'état général est mauvais et celui de la bouche empêche tout traitement mercuriel. On pratique une injection de 0,30 de

Salvarsan ; dès le 4<sup>e</sup> jour, l'amélioration est remarquable. La semaine suivante on pratique une 2<sup>e</sup> injection de 0,30. Vingt jours après, le malade était complètement guéri.

J. MÉNEAU.

**Indications pour l'emploi du Salvarsan dans la syphilis du nez et de la gorge** (Indications for the use of Salvarsan in syphilis of the nose and throat), par L. GOODALE. *The Boston Medical and Surgical Journal*, octobre 1912.

L'auteur expose les résultats de son expérience s'étendant à plus de 36 cas de syphilis traitée par le Salvarsan. On fit dans tous les cas une injection intraveineuse sans provoquer de troubles digestifs, si ce n'est quelques vertiges s'accompagnant de sensations nauséuses. Il préfère l'emploi du Salvarsan à celui des autres médications dans les conditions suivantes :

Tout d'abord lorsqu'il est nécessaire d'entraver rapidement le développement de l'infection pour des raisons d'ordre social ou autre ; 2<sup>o</sup> dans les cas offrant une tendance à la stomatite mercurielle ; 3<sup>o</sup> chez les malades dont les lésions récidivent sans cesse ; 4<sup>o</sup> dans le but d'établir un diagnostic rapide lorsqu'il est nécessaire d'être fixé sur la nature d'une lésion comme dans une gomme de la cloison ; enfin dans ces formes de syphilis tertiaire qui ont un développement lent, analogues aux gommès serpigneuses de la peau.

S. FERNET.

**Traitement de la mère et de l'enfant par le Salvarsan** (Salvarsan-behandelte Mütter und ihre Kinder), par M. HOLTU. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1913, n<sup>o</sup> 10, p. 462.

Dans 8 cas, excellents résultats chez les femmes enceintes.

5 enfants vinrent à terme et ont paru sains depuis ; 3 autres ont présenté des accidents ultérieurs, presque toujours légers. Ch. AUDRY.

**Du traitement des femmes syphilitiques enceintes par le Salvarsan**, par L. JEANSELME, A. VERNES et M. BLOCH. *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 23 janvier 1913, n<sup>o</sup> 2, p. 130.

Dix-huit femmes syphilitiques enceintes ont été traitées par des injections intraveineuses de 20, 30 et 40 centigrammes de Salvarsan. Ces injections au nombre de quatre à six chez chaque malade étaient renouvelées de semaine en semaine.

Quatorze femmes présentant au cours de leur grossesse des signes de syphilis récente et active traitées ainsi ont accouché à terme d'enfants vivants, en général de poids normal. Sur aucun de ces enfants on n'a relevé de stigmates d'hérédosyphilis ; 4 ont succombé à une époque rapprochée de leur naissance, mais à des causes accidentelles.

Deux femmes syphilitiques d'ancienne date ayant déjà eu plusieurs fausses couches ont pu grâce au traitement par le 606 mener à bien leur grossesse.

E. VAUCHER.

**Le traitement par le Salvarsan des femmes syphilitiques en état de gestation**, par JEANSELME. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, janvier 1913, p. 27.

Travail fait avec la collaboration de MM. Vernes, Chevallier et Bloch.

Les premiers essais de traitement par le 606 chez la femme enceinte

furent désastreux (mort, avortement), mais ils pouvaient être imputés bien plus à l'abus des injections trop fortes qu'au médicament.

Il faut avant d'injecter du 606 à une femme enceinte s'assurer de l'intégrité parfaite des divers organes et en particulier du rein.

En général, le traitement consiste en 5 ou 6 injections espacées de huit en huit jours, les premières de 0,20 à 0,30, les suivantes de 0,30 à 0,40.

Dans les cas où le traitement a été commencé au début de la grossesse, on peut faire une seconde série d'injections deux mois après la première. S'il existe de l'albuminurie, il est plus prudent de ne pas dépasser 10 à 15 centigrammes.

La dose moyenne injectée à chaque malade a été de 1,30 à 2,40 en six injections. Il faut toujours débiter par des doses faibles, 0,25 à 0,30. La fièvre n'apparaît habituellement qu'après l'injection initiale; c'est ainsi que chez les syphilitiques en activité, une première dose de 0,15 à 0,20 centigrammes peut déterminer une poussée fébrile à 39°, alors qu'une seconde dose de 0,40 à 0,50 est tolérée sans fièvre. Chez la femme enceinte les réactions (nausées, vomissements, diarrhées) ne sont pas exagérées. Jamais on n'observa soit une oligurie marquée, soit un accroissement notable d'une albuminurie antérieure.

Dans certains cas, après une injection, sont survenues quelques coliques utérines et une augmentation des mouvements du fœtus, mais ces phénomènes ont vite disparu.

Le 606 n'a pas provoqué d'avortement, il est certain qu'il a annihilé dans bien des cas l'action fœticide de la syphilis. Deux femmes sur 16 ont expulsé un fœtus mort et macéré. Les femmes ont accouché à terme ou presque et les suites de couches ont été normales.

14 femmes ont mis au monde des enfants vivants qui étaient tous en vie le huitième mois après leur naissance; quatre enfants sont morts après le huitième mois, mais non de syphilis. Deux femmes ayant un Wassermann positif et ayant mis plusieurs fois au monde des enfants mort-nés, furent traitées et accouchèrent de beaux enfants.

Le Salvarsan permet donc de mener à bien une grossesse qui, sans lui, se serait terminée presque infailliblement par l'expulsion prématurée du fœtus.

E. VAUCHER.

**Le Salvarsan dans la Paralysie générale** (Salvarsan in general paresis), par TROWBRIDGE. *The Journal of the American medical Association*, 8 février 1913, p. 429.

Observations de huit cas de paralysie générale traités par le Salvarsan intraveineux. T. conclut que le Salvarsan est tout aussi impuissant dans cette affection que tous les autres médicaments. Légère amélioration passagère, mais, dans certains cas, on ne fait que hâter la terminaison fatale.

S. FERNET.

*Le Gérant: Pierre AUGER.*

